

Universidade de Lisboa

Faculdade de Medicina



Cuidados Paliativos:

Avaliação dos conhecimentos dos enfermeiros

Região Autónoma dos Açores

Ana Rita Tomaz Diogo

Dissertação orientada por:

Professor Doutor Miguel Julião

Coorientação:

Mestre Paulo Pina

Dissertação especialmente elaborada para obtenção do grau de Mestre em Cuidados
Paliativos

2018

Universidade de Lisboa

Faculdade de Medicina



Cuidados Paliativos:

Avaliação dos conhecimentos dos enfermeiros

Região Autónoma dos Açores

Ana Rita Tomaz Diogo

Dissertação orientada por:

Professor Doutor Miguel Julião

Coorientação:

Mestre Paulo Pina

Dissertação especialmente elaborada para obtenção do grau de Mestre em Cuidados
Paliativos

2018

A impressão desta dissertação foi aprovada pelo Conselho Científico da Faculdade de Medicina de Lisboa em reunião de 28 de setembro de 2018.

RESUMO

A capacitação dos enfermeiros através da formação em cuidados paliativos poderá contribuir para a melhoria da qualidade de cuidados aos doentes. Contudo, a educação e o treino dos enfermeiros só será bem sucedida se resultarem numa prática e capacidade de tomada de decisões melhoradas. Em cuidados paliativos isto significa a identificação atempada dos doentes com necessidade de cuidados paliativos, a referenciação atempada para peritos em cuidados paliativos, a colaboração entre doentes, família e equipa médica, a utilização das *guidelines* e procedimentos de trabalho adequados, e o conhecimento sobre cuidados paliativos e o controlo de sintomas.

No contexto da Região Autónoma dos Açores, onde existe formação pré-graduada em cuidados paliativos nas Escolas Superiores de Enfermagem, e onde se principia a organização de equipas comunitárias e unidades de cuidados paliativos, considera-se que a formação e a aquisição de experiência prática serão determinantes na qualidade destes cuidados.

Neste sentido, inicia-se um estudo quantitativo, transversal, de natureza descritiva com o objetivo de avaliar qual o nível de conhecimentos sobre cuidados paliativos dos enfermeiros na Região Autónoma dos Açores. Analisam-se ainda, como os fatores sociodemográficos e a formação, podem influenciar o nível de conhecimentos, assim como, a necessidade de formação no contexto regional.

Participaram no estudo 255 enfermeiros, que responderam a um questionário disponível *online*.

As conclusões mais relevantes neste estudo regional foram as seguintes:

- 1) o nível de conhecimentos em cuidados paliativos dos enfermeiros é suficiente, havendo uma média de percentagem de acerto de 69,16%;
- 2) no respeitante à formação básica, priorizam-se, tendo em conta a menor percentagem de acerto nas respostas, os seguintes temas: sintomas respiratórios (48,55%), sintomas neurológicos (59,22%), sintomas gastrointestinais (62,82%), fim de vida/agonia (63,66%), vias de administração (63,73%) e dor (66,76%);
- 3) o investimento formativo deverá ser orientado para a formação avançada, em contexto de prática integrada em equipas e unidades de cuidados paliativos, e incorporada num modelo de desenvolvimento profissional reconhecido;
- 4) tendo em conta a realidade arquipelágica, e os resultados positivos encontrados na literatura, é pertinente equacionar programas formativos regionais, orientados para o treino das equipas multidisciplinares de CP em rede, de forma a construir uma rede regional de apoio duradoura.

No futuro, pensa-se que as conclusões deste estudo poderão ser utilizadas como ponto de partida para a reflexão sobre o planeamento da formação dirigida aos enfermeiros da Região Autónoma dos Açores.

Palavras-chave: Cuidados paliativos; conhecimentos; enfermagem; formação

ABSTRACT

The training of nurses through palliative care training can contribute to improving the quality of care for patients. However, nurses education and training will only succeed if it results in improved practice and decision-making capacity. In palliative care this means the timely identification of patients in need of palliative care, timely referral to palliative care experts, collaboration between patients, family and medical staff, use of appropriate guidelines and work procedures, and knowledge about care palliative and symptom control.

In a regional context where there is pre-graduate training in palliative care and where the organization of community teams and palliative care its is started, it is considered that the training and the acquisition of practical experience will be decisive in the quality of palliative care provided.

Therefore, a quantitative, cross-sectional study of a descriptive nature, was initiated with the following objectives: 1. Identify the degree of knowledge about palliative care among the Azorean nurses; 2. Analyze the factors that can influence what nurses know about palliative care; 3. Understand the need for training in this area.

255 nurses participated in the study, and answered a questionnaire available *online*. The most relevant conclusions in this regional study were:

- 1) the level of knowledge about palliative care is sufficient, with an average percentage of correctness of 69,16%;
- 2) with regard to basic training, the following themes are considered priority: respiratory symptoms (48,55%), neurological symptoms (59,22%), gastrointestinal symptoms (62,82%), end of life/agony (63,66%), routes of administration (63,73%) and pain (66,76%);
- 3) training investment should be oriented towards advanced training, in the context of integrated practice in teams and palliative care units, and incorporated into a recognized professional development model;
- 4) considering the archipelagic reality, and the positive results found in the literature, it is relevant to consider regional training programs, oriented to the training of the multidisciplinary CP teams in a network, in order to build a network support.

In the future, it is thought that the conclusions of this study could be used as a starting point for the reflection on the planning of the training directed to Azorean nurses

Key-words: Palliative care; knowledge; nursing; training

"Um dia a maioria de nós irá separar-se.
Sentiremos saudades de todas as conversas atiradas fora, das descobertas que fizemos, dos sonhos que tivemos, dos tantos risos e momentos que partilhámos. Saudades até dos momentos de lágrimas, da angústia, das vésperas dos fins-de-semana, dos finais de ano, enfim... do companheirismo vivido.
Sempre pensei que as amizades continuassem para sempre.
Hoje já não tenho tanta certeza disso.
Em breve cada um vai para seu lado, seja pelo destino ou por algum desentendimento, segue a sua vida.
Talvez continuemos a encontrar-nos, quem sabe...
Nas cartas que trocaremos.
Podemos falar ao telefone e dizer algumas tolices...
Aí, os dias vão passar, meses... anos...
Até este contacto se tornar cada vez mais raro.
Vamo-nos perder no tempo...
Um dia os nossos filhos verão as nossas fotografias e perguntarão:
Quem são aquelas pessoas?
Diremos... que eram nossos amigos e... isso vai doer tanto!
- Foram meus amigos, foi com eles que vivi tantos bons anos da minha vida!
A saudade vai apertar bem dentro do peito.
Vai dar vontade de ligar, ouvir aquelas vozes novamente...
Quando o nosso grupo estiver incompleto... reunir-nos-emos para um último adeus a um amigo.
E, entre lágrimas, abraçar-nos-emos.
Então, faremos promessas de nos encontrarmos mais vezes daquele dia em diante.
Por fim, cada um vai para o seu lado para continuar a viver a sua vida isolada do passado.
E perder-nos-emos no tempo...
Por isso, fica aqui um pedido deste humilde amigo: não deixes que a vida passe em branco, e que pequenas adversidades sejam a causa de grandes tempestades...
Eu poderia suportar, embora não sem dor, que tivessem morrido todos os meus amores, mas enlouqueceria se morressem todos os meus amigos!"

Autor desconhecido

AGRADECIMENTOS

Ao meu orientador Professor Doutor Miguel Julião pelo incentivo, sugestões e prontidão.

Ao meu co-orientador Mestre Paulo Pina pela atenção e disponibilidade.

Aos meus colegas de Mestrado em especial à Daniela, à Luísa e à Inês pela amizade.

A todos os enfermeiros pelo seu contributo anónimo e generoso.

Aos meus pais amigos pelo apoio constante.

Aos meus filhos, Tomás e Francisco por acreditarem que tudo é possível.

ÍNDICE

FIGURAS	vii
TABELAS E GRÁFICOS	vii
SIGLAS E ABREVIATURAS	viii
SÍMBOLOS	ix
0.INTRODUÇÃO	1
PARTE I - FASE CONCEPTUAL	
1. Os Cuidados Paliativos na Região Autónoma dos Açores	3
1.1. Legislação existente	4
1.2. Desenvolvimento de um modelo 2013-2016	12
2. O papel do Enfermeiro em Cuidados Paliativos	14
3. Formação de Enfermeiros em Cuidados Paliativos	15
3.1. Formação em Cuidados Paliativos Região Autónoma dos Açores	16
4. Questão de investigação	18
4.1. Questões específicas	18
4.2. Objetivos e hipóteses	18
4.2.1. Objetivos	18
4.2.2. Hipóteses	19
PARTE II - FASE METODOLÓGICA	
1. Material e métodos	20
1.1. Tipo de estudo	20
1.2. População	20
1.3. Amostra	20
1.4. Instrumentos de colheita de dados	20
1.5. Recolha de dados	21
1.6. Tratamento de dados	21
2. Considerações éticas	22
3. Resultados	23
3.1. Caracterização da amostra	23
3.2. Apresentação de resultados	26
4. Limitações do estudo	47
PARTE III - FASE EMPÍRICA	
1. Discussão	48
2. Conclusão	55
3. Referências bibliográficas	57
3.1. Pesquisa bibliográfica	57
3.2. Referências bibliográficas	57
ANEXOS	62
A. Instrumento de colheita de dados	63
B. Autorização da Comissão de Ética do Centro Académico de Medicina de Lisboa	67
C. Pedido de colaboração da Ordem dos Enfermeiros	69
D. Consentimento informado	71

ÍNDICE FIGURAS

Figura 1. Concelhos da Região Autónoma dos Açores	6
Figura 2. Apresentação gráfica resumo dos principais resultados do estudo	46

ÍNDICE TABELAS E GRÁFICOS

Tabela 1. População residente e índice de envelhecimento por ilha, 31 de dezembro 2015	3
Tabela 2. Cobertura populacional RRCCI 2009-2013	5
Tabela 3. Identificação das unidades de internamento, das equipas hospitalares e equipas domiciliárias da RRCCI, previstas no Despacho n.º198/2015 de 26 de janeiro	8
Tabela 4. Número de camas de Cuidados Continuados Integrados e Cuidados Paliativos por ilha da RAA , previstas no Despacho n.º198/2015 de 26 de janeiro	9
Tabela 5. Tipologias de Cuidados Paliativos e perfil de serviços assegurados, Portaria n.º.37/2015	11
Tabela 6. Evolução da implementação da RRCCI 2014 (experiência piloto)-2016	13
Tabela 7. Enfermeiros com formação avançada (nível B) em Cuidados Paliativos integrados em unidades e equipas da RRCCI (agosto 2017)	17
Tabela 8. Caracterização da Amostra	23
Tabela 9. Caracterização da Amostra (Continuação)	24
Tabela 10. Estatística Descritiva (Média/DP/Mínimo e Máximo) às dimensões e total da escala de conhecimento sobre cuidados paliativos	35
Tabela 11. <i>t de Student</i> para amostras independentes: Género Vs conhecimentos em cuidados paliativos	36
Tabela 12. Correlação de <i>Pearson</i> : Idade Vs conhecimentos em cuidados paliativos	37
Tabela 13. <i>t de Student</i> para amostras independentes: Formação Vs conhecimentos em cuidados paliativos	38
Tabela 14. Correlação de <i>Spearman</i> : Nível de Formação (Básica/Intermédia/Avançada) em cuidados paliativos Vs conhecimentos em cuidados paliativos	39
Tabela 15. <i>t de Student</i> para amostras independentes: Experiência em cuidados paliativos Vs conhecimentos em cuidados paliativos	40
Tabela 16. Correlação de <i>Spearman</i> : Anos de Experiência profissional Vs conhecimentos em cuidados paliativos	41
Tabela 17. Correlação de <i>Spearman</i> : Autoavaliação dos conhecimentos em cuidados paliativos Vs conhecimentos em cuidados paliativos	42
Tabela 18. Correlação de <i>Spearman</i> : Opinião sobre o papel do enfermeiro em cuidados paliativos Vs conhecimentos em cuidados paliativos	43
Tabela 19. <i>t de Student</i> para amostras independentes: Local de Trabalho Vs conhecimentos em cuidados paliativos	44
Tabela 20. ANOVA: Setor Vs Conhecimentos em cuidados paliativos	45
Gráfico 1. Questionário Cuidados Paliativos: % de Respostas corretas às questões do Grupo A: Filosofia dos cuidados	26
Gráfico 2. Questionário Cuidados Paliativos: % de Respostas corretas às questões do Grupo B: Comunicação	27
Gráfico 3. Questionário Cuidados Paliativos: % de Respostas corretas às questões do Grupo C: Sintomas Gastrointestinais	28
Gráfico 4. Questionário Cuidados Paliativos: % de Respostas corretas às questões do Grupo D: Fim de Vida/Agonia	29

Gráfico 5. Questionário Cuidados Paliativos: % de Respostas corretas às questões do Grupo E: Sintomas Neurológicos	30
Gráfico 6. Questionário Cuidados Paliativos: % de Respostas corretas às questões do Grupo F: Sintomas Respiratórios	31
Gráfico 7. Questionário Cuidados Paliativos: % de Respostas corretas às questões do Grupo G: Dor	32
Gráfico 8. Questionário Cuidados Paliativos: % de Respostas corretas às questões do Grupo H: Vias de Administração	33
Gráfico 9. Dimensões e total da escala de conhecimento sobre cuidados paliativos, % de respostas corretas	34

LISTA SIGLAS E ABREVIATURAS

APCP	Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos
CCI	Cuidados Continuados Integrados
CNCP	Comissão Nacional de Cuidados Paliativos
CP	Cuidados Paliativos
CS	Centro de Saúde
DLR	Decreto Legislativo Regional
DR	Diário da República
DP	Desvio padrão
EAPC	<i>European Association for Palliative Care</i>
ECL	Equipa de Coordenação Local
ECR	Equipa de Coordenação Regional
ECRRCCI	Equipa de Coordenação da Rede Regional de Cuidados Continuados Integrados
ECSCP	Equipa Comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos
EGA	Equipa de Gestão de Altas
EHSCP	Equipa Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos
EMRRCCI	Estrutura de Missão para a Rede Regional de Cuidados Continuados Integrados
EPE	Entidade Pública Empresarial
ERPI	Estrutura Residencial para Pessoas Idosas
<i>Et al.</i>	E outros
Freq.	Frequência
HDES	Hospital do Divino Espírito Santo
HSEIT	Hospital do Santo Espírito da Ilha Terceira
HH	Hospital da Horta
ICP	Internamento de Cuidados Paliativos
ILDM	Internamento de Longa Duração e Manutenção
IMDR	Internamento de Média Duração e Reabilitação
IPSS	Instituição Particular de Solidariedade Social
LDPV	Lar Dom Pedro V
Máx.	Máximo
Min.	Mínimo
N.º	Número
OMS	Organização Mundial de Saúde
p	Nível de significância

PRS	Plano Regional de Saúde
RAA	Região Autónoma dos Açores
RG	Ribeira Grande
RRCCI	Rede Regional de Cuidados Continuados Integrados
SAD	Serviço de Apoio Domiciliário
SCMAH	Santa Casa da Misericórdia de Angra do Heroísmo
SCMH	Santa Casa da Misericórdia da Horta
SCMPD	Santa Casa da Misericórdia de Ponta Delgada
SCMSAL	Santa Casa da Misericórdia de Santo António de Lagoa
SPSS	<i>Software Statistical Package for Social Sciences</i>
SREA	Serviço Regional de Estatística dos Açores
SRRAOE	Secção Regional da Região Autónoma dos Açores da Ordem dos Enfermeiros
t	Teste t de <i>student</i>
UCCI	Unidade de Cuidados Continuados Integrados
UMDR	Unidade de Média Duração e Reabilitação
ULDM	Unidade de Longa Duração e Manutenção
USI	Unidade de Saúde de Ilha
USISM	Unidade de Saúde de Ilha de São Miguel
Vs.	Versus

LISTA SÍMBOLOS

\geq	Maior ou igual
$>$	Maior que
$=$	Igual
\leq	Menor ou igual
$<$	Menor que
$\%$	Percentagem
Δ	Variação

0. INTRODUÇÃO

Segundo a definição da Organização Mundial de Saúde (OMS), os Cuidados Paliativos (CP) são uma abordagem que melhora a qualidade de vida dos doentes e suas famílias, quando sofrem de doença crónica, progressiva e incurável, através da prevenção e alívio do sofrimento, por meio da identificação e da avaliação precoce da dor e de outros problemas físicos, psicossociais e espirituais. (OMS, 2002)

O Conselho da Europa reconheceu que os CP são parte integrante do sistema de saúde e o acesso a estes cuidados um direito inalienável dos cidadãos. (*Council of Europe*, 2003)

Este direito ainda não é acessível a todos.

Segundo a OMS as principais barreiras para o desenvolvimento dos CP são:

1. **Política**, sem políticas de saúde de suporte aos CP o seu desenvolvimento será difícil
2. **Educação**, a maioria dos profissionais de saúde de todo o mundo têm pouco ou nenhum conhecimento dos princípios e práticas de CP. É assim necessária formação em CP a três níveis: básica destinada a todos os profissionais de saúde, intermédia destinada aqueles que diariamente trabalham com pessoas com doenças incuráveis e especializada
3. **Disponibilidade de medicamentos**, em particular opióides, considerado requisito para a prestação de CP com qualidade. 80% da população mundial não tem acesso a opióides para controlo da dor
4. **Implementação**, internacionalmente o desenvolvimento de programas de CP tem sido muito desigual (OMS, 2014)

Assim, para que haja uma efetiva organização de serviços de CP tem que haver uma política de saúde integrada que aposte fortemente nos CP: na formação dos profissionais de saúde nesta área específica e na disponibilidade de fármacos que possibilitem o alívio e controlo de sintomas, nomeadamente de opióides.

Sendo o objetivo central a prestação de cuidados de qualidade, temos que ter atenção não só ao número e ao funcionamento de unidades de saúde, como também aos recursos humanos necessários e a formação dos mesmos. (APCP, 2016)

Uma vez que, a elevada qualidade destes cuidados requer uma equipa interdisciplinar, bem coordenada, bem formada e treinada, com as competências comunicacionais necessárias e de avaliação e de tratamento de sintomas físicos e psíquicos assim como, do controlo dos efeitos secundários associados com a doença ou tratamentos dos doentes. (APCP, 2016)

A formação é reconhecida como um elemento essencial e determinante para a prática de CP. Apesar disso em Portugal a preparação dos profissionais de saúde nesta matéria tem sido errática, não planeada e sem estratégia definida. (APCP, 2016)

Considerando a formação em CP um dos pressupostos essenciais para a boa prática destes cuidados pretende-se avaliar, qual o nível de conhecimentos sobre cuidados paliativos dos enfermeiros na Região Autónoma dos Açores (RAA).

PARTE I – FASE CONCEPTUAL

1.Os Cuidados Paliativos na Região Autónoma dos Açores

A Região Autónoma dos Açores (RAA) constitui-se por nove ilhas, com uma população total de 245.766 habitantes.

Verifica-se que a ilha maior, São Miguel concentra mais de metade da população da RAA, havendo cinco ilhas com menos de 10.000 habitantes. (Tabela1)

Em 2015 o índice de envelhecimento da população açoriana era 82,4 ou seja, por cada 100 jovens existem 82 idosos. Este valor apresenta-se significativamente superior aos 60,6 observados em 2001, e está relacionado com a diminuição da taxa de fecundidade, e com o aumento da esperança média de vida e aumento do índice de longevidade. (SREA, 2016)

A população açoriana progressivamente está a envelhecer.

Tabela 1. População residente e índice de envelhecimento por ilha, 31 de dezembro 2015 ¹

Ilha	População residente	Índice de envelhecimento
Santa Maria	5.652	88.7
São Miguel	138.213	63.6
Terceira	56.141	99.1
Graciosa	4.339	139.9
São Jorge	8.556	142.5
Pico	13.883	147.3
Faial	14.824	111.7
Flores	3.699	147.7
Corvo	459	119.1
TOTAL	245.766	82.4

O crescente aumento da esperança média de vida e consequente aumento do envelhecimento da população conduzem à prevalência de situações de cronicidade múltipla, de incapacidade, de pessoas com doença incurável em estádios avançados e em fase terminal de vida. Em conjunto com as alterações na estrutura e dinâmicas familiares, e com o isolamento dos idosos, conduz à necessidade de uma adaptação de respostas de saúde e sociais, dirigidas a pessoas com doenças e dependência funcional, pessoas com pluripatologia crónica e terminal, pessoas idosas com necessidades mistas de saúde e sociais. (EMRRCCI, 2017)

¹ Fonte, SREA 2016

Consequentemente, esta maior necessidade de cuidados complexos gerou um novo nível de cuidados, os Cuidados Continuados Integrados (CCI), assim como, novos desafios.

Desafios de resposta às situações complexas que requerem uma intervenção global e de natureza mista, que requerem uma resposta centrada na recuperação global entendida como um processo terapêutico e social. Com o objetivo de promover a autonomia através da reabilitação, readaptação e reinserção familiar e social, através da promoção das capacidades e das competências das famílias para lidar com as situações, e articulação das respostas de proximidade (sociais: Serviço de Apoio Domiciliário-SAD, e saúde: Equipa de Apoio Integrado Domiciliário-EAID). (EMRRCCI, 2017)

Desafios de organização destes cuidados de forma a garantir o acesso equitativo e com igual nível de qualidade na prestação de cuidados, numa região com descontinuidade territorial, com características demográficas específicas e, ainda com diferente capacidade instalada de serviços de saúde e serviços sociais. (EMRRCCI, 2017)

Os CP, inseridos no contexto dos cuidados continuados, são cada vez mais uma exigência dos cuidados de saúde. (APCP, 2016) E a organização destes considerada também um desafio.

Neste contexto, em maio de 2008, é criada a Rede de Cuidados Continuados Integrados (RRCCI) da RAA pelo Decreto Legislativo Regional (DLR) n.º16/2008/A.

É objetivo da Rede Regional de Cuidados Continuados Integrados (RRCCI):

Promover a progressiva cobertura de serviços e equipamentos a nível regional e colmatar as necessidades das pessoas em situação de dependência em matéria de CCI e CP. (DLR n.º16/2008/A)

Os CP integram a Rede Regional de Cuidados Continuados Integrados (DLR n.º16/2008/A), numa lógica de integração e potenciação dos CCI e CP. (SRS, 2015)

1.1.Legislação existente

Após a criação da RRCCI através do DLR n.º16/2008/A, entre 2009 e 2013 funcionaram na RAA quatro centros de cuidados continuado, onde são desenvolvidas ações paliativas, nas seguintes instituições: Santa Casa da Misericórdia da Horta (SCMH), Santa Casa da Misericórdia de Ponta Delgada (SCMPD), Clínica do Bom Jesus e Casa de Repouso João Inácio de Sousa, num total de 162 camas protocoladas, com protocolos e procedimentos de admissão distintos.

Tabela 2. Cobertura populacional RRCCI 2009-2013

Ilha	Nº habitantes com idade≥65 anos	Nº de camas CCI	Nº camas por 1.000 habitantes idade≥65 anos
Santa Maria	716	-	-
S. Miguel	15.091	85	5,6
Terceira	8.092	-	-
Graciosa	878	-	-
S. Jorge	1.747	30	17
Pico	2.804	-	-
Faial	2.284	47	20,6
Flores	695	-	-
Corvo	71		
TOTAL	32.378	162	5

Esta experiência da RAA permitiu evidenciar a procura crescente deste tipo de cuidados e a necessidade de implementação de um modelo integrado de cuidados de saúde e de apoio social.

Em janeiro 2014, é criada a Estrutura de Missão para a RRCCI (EMRRCCI), Resolução do Conselho do Governo n.º11/2014 de 23 de janeiro de 2014, uma Estrutura de Missão que partindo da então realidade da RAA, proceda à recolha exaustiva dos elementos e contributos de todos os intervenientes e levando em consideração os constrangimentos e ineficiências existentes bem como os desafios de índole demográfico, social, económico que se colocam à Rede, delineie um verdadeiro guia para o seu desenvolvimento e consolidação plena.

Em janeiro 2015 é publicado o Despacho n.º198/2015 de 26 de janeiro de 2015, que procede à criação das unidades de internamento, das equipas hospitalares e equipas domiciliárias, considerando a proposta da Estrutura de Missão para a organização de unidades e equipas de CCI e CP. (EMRRCCI, 2013)

Em consonância com o modelo proposto no Plano Nacional de CP 2010, reiterado pela APCP em 2016, modelo de CP proposto para a RAA, organiza os serviços por níveis de complexidade com três tipos de respostas de CP:

1.Equipas Comunitárias de Suporte em CP, CP de nível I

2.Equipas Hospitalares de Suporte em CP, CP de nível I

As equipas de suporte são equipas móveis, sem lugares de internamento que acompanham de forma estruturada e diferenciada os doentes em CP no domicílio ou no internamento.

3. Unidades de CP em hospitais, CP nível II, garantem a prestação directa e/ou apoio efectivo nas 24 horas.

Tendo por base os dados do Instituto Nacional de Estatística (INE) referentes ao ano 2014, e o pressuposto de que 69% - 82% dos doentes falecidos teriam necessidade de CP, a Associação Portuguesa de CP (APCP) estima que existirão na RAA entre 1588 e 1899 doentes com necessidades paliativas. (APCP, 2016)

No que diz respeito aos serviços de CP, tendo por base os requisitos da *European Association for Palliative Care* (EAPC) e os dados demográficos do INE para o ano 2014 a APCP recomenda para a RAA, 20 a 25 camas de CP das quais:

33,3% destinam-se a doentes complexos a integrar em unidades de agudos (sete a oito camas)

33,3% destinam-se a doentes não complexos a integrar em tipologias de não agudos (sete a oito camas)

33,3% intermédios ou em últimos dias e horas de vida a integrar em tipologias de não agudos (sete a oito camas)

três Equipas Intrahospitalares de Suporte em CP (denominada no DLR nº 16/A/2008 Equipa Hospitalar de Suporte em CP)

duas Equipas Comunitárias de Suporte em CP (ECSCP).

Figura 1. Concelhos da Região Autónoma dos Açores



Contudo, no que concerne às estimativas de necessidades de serviços, tendo em conta, a geografia, a descontinuidade territorial, e a distribuição de recursos da RAA, considera-se que o número de equipas comunitárias, bem como número de camas de CP agudos, não pode ser determinado pelos rácios da população, uma vez que, estes não permitem respeitar questões éticas de equidade e de proximidade de cuidados. (EMRCCI, 2014)

Assim, na RAA são identificadas:

Três Equipas Hospitalares de Suporte em Cuidados Paliativos (EHSCP), uma em cada um dos hospitais da RAA: São Miguel, Hospital do Divino Espírito Santo (HDES) Ponta Delgada EPE; Terceira, Hospital do Santo Espírito da Ilha Terceira (HSEIT) EPE e Faial, Hospital da Horta (HH) EPE. Esta equipa multidisciplinar, do hospital, com formação nesta área específica, devendo ter espaço físico próprio para a coordenação das suas atividades e deve integrar no mínimo, um médico, um enfermeiro e um psicólogo.

Atendendo à realidade regional no que diz respeito à dispersão geográfica, à casuística de doentes, à escassez de recursos e à carência de profissionais com formação específica, a flexibilidade dos papéis das equipas da comunidade e hospitalares é a melhor forma de gerir os recursos disponíveis. Estas equipas mistas integram funções intrahospitalares e na comunidade assim como, de apoio às unidades de internamento da RRCCI (unidades de internamento de média e de longa duração).

Assim, conforme definido no DLR n.º16/2008/A a EHSCP colabora com as equipas de apoio domiciliário e do internamento dos centros de saúde (CS) que prestam CP. E, as ECSCP prestam apoio e aconselhamento diferenciado às equipas de apoio integrado domiciliário e às unidades de média duração e de longa duração e manutenção (nas ilhas sem hospital e/ou sem EHSCP) e às Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas (ERPI).

De forma a garantir a proximidade de cuidados e a equidade no acesso, são identificadas 17 Equipas de Apoio Integrado Domiciliário (EAID'S) e integradas nestas equipas domiciliárias 17 núcleos de CP designadas por Equipas Comunitárias de Suporte em CP (ECSCP). Estas são definidas no DLR como equipas comunitárias multidisciplinares da responsabilidade dos serviços de saúde com formação em CP que integram no mínimo um médico e um enfermeiro. Para além do tratamento e intervenções paliativas a doentes com patologias complexas, prestam apoio e assessoria às equipas de CCI, aos familiares e ou cuidadores, e fazem formação em CP dirigidas às equipas de saúde dos CS e EAID's.

São previstas 20 camas de CP agudos distribuídas por três Unidades de CP (UCP) nos três hospitais da RAA: dez no HDES, sete no HSEIT e três no HH. Estas UCP, são Unidades de Internamento, com espaço físico próprio, localizado no hospital para acompanhamento, tratamento e supervisão clínica complexa e de sofrimento,

decorrentes de doença severa e ou avançada, incurável e progressiva. (DLR nº16/2008/A)

Os doentes de CP que não reúnam critérios de admissão nas UCP e não possam ser cuidados no domicílio são admitidos nas UMDR e de LDM dos CS. Estas são unidades de internamento, com espaço físico próprio, localizadas nos CS, em articulação com os hospitais.

São criadas 17 Unidades de Cuidados Continuados Integrados (UCCI) de Média e de Longa Duração, estabelecendo protocolos com as Unidades de Saúde de Ilha (USI) nos CS com internamento, onde são convertidas camas para Unidades de Média Duração e Reabilitação (UMDR) e Unidades de Longa Duração e Manutenção (ULDM), e nos cinco concelhos sem internamentos nos CS (Ponta Delgada, Lagoa, Angra do Heroísmo, Praia da Vitória e Horta) são estabelecidos protocolos com as Misericórdias e Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS).

Tabela 3. Identificação das unidades de internamento, das equipas hospitalares e equipas domiciliárias da RRCCI, previstas no Despacho n.º198/2015 de 26 de janeiro.

Rede Regional de Cuidados Continuados Integrados	Despacho n.º 198/2015
Equipas Comunitárias de Suporte em Cuidados Paliativos	17
Equipas Hospitalares de Suporte em Cuidados Paliativos	3
Equipas de Gestão de Alta Hospitalares	3
Equipas de Apoio Integrado Domiciliário	17
Unidades de Cuidados Continuados Integrados Internamento de Média e de Longa Duração	15
Unidades de Cuidados Paliativos	3
Nº de camas de internamento de Média e de Longa Duração	240
Nº de camas de internamento de Cuidados Paliativos	20

Tabela 4. Número de camas de Cuidados Continuados Integrados e Cuidados Paliativos por ilha da RAA, previstas no Despacho n.º198/2015 de 26 de janeiro

ILHA UCCI	Nº de camas de CCI portaria n.º 198/2015 26 janeiro 2015		
	IMDR	ILDm	CP
Santa Maria			
UCCI CS Vila do Porto	1	2	-
S. Miguel			
HDES	-	-	10
UCCI SCMPDL	12	38	-
UCCI CS Nordeste	2	5	-
UCCI CS Povoação	2	3	-
UCCI CS Ribeira Grande	9	16	-
UCCI Lagoa	-	4	-
UCCI CS Vila Franca Campo	12	8	-
Terceira			
HSEIT	-	-	6
UCCI SCMAH	4	32	-
UCCI LDPV	4	6	-
Graciosa			
UCCI USI Graciosa	3	5	-
S. Jorge			
UCCI CS Velas	3	5	-
UCCI CS Calheta	2	4	-
Pico			
UCCI CS Madalena	5	6	-
UCCI CS Lajes do Pico	3	5	-
UCCI CS São Roque do Pico	2	4	-
Faial			
HH	-	-	4
UCCI SCMH	10	10	-
Flores			
UCCI Santa Cruz das Flores	3	5	-
TOTAL	77	158	20

Foram ainda nomeadas oito Equipas Coordenadoras Locais (ECL's), em todas as ilhas excepto Corvo, e equipas de referência local nos 17 CS da RAA. Integrados nestas equipas referenciadoras existe um médico e/ou enfermeiro com formação avançada em CP, de forma a identificar e a priorizar a admissão dos doentes nas seguintes ilhas: São Miguel, Terceira, Faial e Pico, com mais de 90% do volume de referências do total da RAA. (EMRCCI, 2017)

Em março 2015, é publicada a Portaria n.º37/2015 que regulamenta o artigo 36.º do DLR n.º 16/2008/A, e estabelece os requisitos de funcionamento das unidades e EAID's

que integram a RRCCI, e define os critérios de admissão e de exclusão para unidades e equipas, assim como o processo de referenciação. Nesta portaria são ainda definidos os perfis de serviços, a coordenação técnica das unidades e equipas da RRCCI e os recursos humanos recomendados para as UMDR e ULDM.

No âmbito dos CP, no Artigo 17º, ponto 1 alíneas b) e c) desta portaria são definidos os critérios gerais de referenciação para as unidades e equipas da RRCCI:

Doentes em situação de doença crónica, com episódios frequentes de reagudização e que necessitam de seguimento e acompanhamento prolongados, nomeadamente, doença pulmonar obstrutiva crónica, doença neurodegenerativa, insuficiência cardíaca, diabetes, hepatopatia

Doentes com doença grave, progressiva e incurável, sem possibilidade de resposta favorável a um tratamento específico, com sintomas intensos múltiplos, multifatoriais e instáveis, com prognóstico de vida limitado e que provoca grande impacto emocional ao doente e família.

De forma a diminuir o tempo de espera para admissão nas UCP, o circuito de referenciação de doentes proposto é diferente, sendo a referenciação das ECSCP e EHSCP direta para a Equipa de Coordenação Regional (ECR). (EMRRCCI, 2014)

Tendo por objetivo oferecer uma gama completa de respostas de CP, segundo a complexidade dos doentes alvo de cuidados, definem-se no anexo I desta portaria para cada tipologia de CP os serviços assegurados que são apresentados na tabela 5.

Tabela 5. Tipologias de Cuidados Paliativos e perfil de serviços assegurados, Portaria n.º 37/2015

Tipologia	Serviços assegurados
Equipa Hospitalar de Suporte em CP	<p>Cuidados médicos e de enfermagem continuados</p> <p>Cuidados de fisioterapia</p> <p>Consulta, acompanhamento e avaliação de doentes internados em outros serviços ou unidades</p> <p>Acompanhamento e apoio psicossocial e espiritual</p> <p>Formação em CP dirigida às equipas terapêuticas do hospital e aos profissionais que prestam cuidados continuados</p> <p>Tratamentos paliativos complexos</p> <p>Consulta de acompanhamento de doentes internados</p> <p>Assessoria aos profissionais dos serviços hospitalares</p> <p>Apoio psico-emocional ao doente e familiares incluindo o período de luto</p> <p>A coordenação técnica e funcional é assegurada por médicos e ou enfermeiros especialistas com formação avançada e experiência reconhecida em CP</p>
Unidades de CP	<p>Cuidados de enfermagem permanentes</p> <p>Cuidados médicos diários</p> <p>Exames complementares de diagnóstico</p> <p>Prescrição e administração de fármacos</p> <p>Cuidados de fisioterapia</p> <p>Higiene, conforto e alimentação</p> <p>Convívio e lazer</p> <p>Consulta, acompanhamento e avaliação de doentes internados em outros serviços ou unidades</p> <p>Acompanhamento e apoio psicossocial e espiritual</p> <p>É gerida por um profissional da área da saúde. A coordenação técnica e funcional é assegurada por médicos e ou enfermeiros especialistas preferencialmente em enfermagem de reabilitação, saúde mental ou médico-cirúrgica, com formação avançada e experiência reconhecida em CP</p>
Equipas Comunitárias de Suporte em CP (integradas nas equipas de apoio ao domicílio)	<p>Formação em CP dirigida às equipas de saúde familiar do CS e aos profissionais que prestam cuidados continuados domiciliários</p> <p>Avaliação integral do doente</p> <p>Tratamentos e intervenções paliativas a doentes complexos</p> <p>Gestão e controlo dos procedimentos de articulação entre os recursos e os níveis de saúde e sociais</p> <p>Assessoria e apoio às equipas de cuidados continuados domiciliários</p> <p>Assessoria e apoio às equipas de internamento de cuidados continuados dos CS, IPSS e Misericórdias, e equipas das ERPI's</p> <p>Assessoria aos familiares e ou cuidadores</p> <p>É gerida por um profissional da área da saúde. A coordenação técnica e funcional é assegurada por médicos e ou enfermeiros especialistas preferencialmente em enfermagem de reabilitação, saúde mental ou médico-cirúrgica, com formação avançada e experiência reconhecida em CP</p>

Em março 2015, é ainda publicada a Portaria n.º38/2015 que regulamenta o artigo 35.º do DLR n.º 16/2008/A, e estabelece os requisitos de condições de instalação das unidades da RRCCI.

Em fevereiro 2016, é publicado o DLR n.º3/2016/A de 1 de fevereiro que procede à criação de um regime jurídico e estabelece procedimentos para o licenciamento e fiscalização das unidades e EAID's da RRCCI.

1.2.Desenvolvimento de um modelo 2013-2016

Evolução da implementação dos cuidados paliativos na Região Autónoma dos Açores

As experiências piloto decorreram durante o 2º semestre 2014, com o início da implementação das unidades de cuidados continuados integrados (UCCI) na Unidade de Saúde de Ilha São Miguel (USISM), e o início do projeto-piloto da equipa ECSCP do CS da Povoação. (EMRRCCI, 2016)

Para a sua implementação e desenvolvimento, foi realizado um diagnóstico de situação, com um levantamento de recursos e das necessidades nos CS da USISM. Foram também elaboradas orientações técnicas e os documentos de apoio à atividade das equipas de gestão de alta (EGA's), EAID's e ECSCP (procedimentos, protocolos, e manual).

As bases operacionais para a implementação da RRCCI foram formalizadas em 2015 com a regulamentação das condições de instalação, das condições de funcionamento, dos critérios de referenciação e dos preços a praticar nas UCCI's.

No final do 2º semestre 2016: (EMRRCCI, 2017)

Estão implementadas UCCI's nos CS das ilhas de São Miguel, Santa Maria, São Jorge, Pico, Graciosa e Flores. Estão estabelecidos protocolos de UCCI's na SCMAH, LDPV, SCMH, SCMPD, e SCMSAL, o que se traduziu num aumento para 209 lugares de internamento distribuídos por oito das nove ilhas da RAA.

Estão em funções as três EGA's nos hospitais da RAA, e estão nomeadas oito ECL's.

Existem sete EAID's, tendo como critérios acompanhamento de enfermagem cinco dias por semana e apoio médico. Consideram-se: três EAID's em São Miguel nos CS de Ponta Delgada, Ribeira Grande e Vila Franca do Campo, duas EAID's na Terceira no CS de Angra do Heroísmo e CS da Praia da Vitória, uma EAID em Santa Maria e uma EAID nas Flores.

Existem duas ECSCP na ilha Terceira (CS de Angra do Heroísmo e CS da Praia da Vitória), tendo o projeto piloto da ECSCP do CS da Povoação em São Miguel terminado em 2016, por impossibilidade de alocar enfermeiros a este projeto.

Existe em funcionamento uma EHSCP no HDES Ponta Delgada.

Existem dez camas de internamento de CP (ICP) no HDES Ponta Delgada.

É necessário ter em consideração os doentes em situação estabilizada e de menor complexidade, internados por critérios de dependência física ou social (sem cuidador e/ou sem condições no domicílio). Estes doentes podem ser tratados com recursos paliativos de níveis inferiores, devendo ter resposta prioritária nas UMDR e ULDM que são apoiadas por ECSCP. (EMRRCCI,2014)

Tabela 6. Evolução da implementação da RRCCI 2014 (experiência piloto)-2016

	2014	2015	2016	Δ (2014-2016)
Lugares de internamento (IMDR e ILDM)	69	182	209	+
Lugares de internamento (CP)	2	0	10	+
Equipas referenciadoras (EGA)	1	3	3	+
Equipas referenciadoras (ECL)	0	8	8	+
Equipas de Apoio Integrado Domiciliário (EAID)	7	7	7	=
Equipas Comunitárias de Suporte em CP (ECSCP)	3	3	2	-
Equipas Hospitalares de Suporte em CP (EHSCP)	0	2	1	-

Com a evolução da implementação de serviços de CCI e CP na RAA, e reconhecendo que os CP são aplicáveis transversalmente a diferentes contextos de saúde, hospitais, cuidados de saúde primários, lares de idosos, unidades e equipas da RRCCI, vários estudos (Aslakson *et al.*, 2012; Razban *et al.*, 2013; Sato *et al.*, 2014; Zarco *et al.*, 2012) apontam para a necessidade de preparar melhor os enfermeiros para o desafio da prestação de CP. Consideram-se os seguintes desafios: o acesso limitado à formação em CP, o sentimento de isolamento e falta de apoio das equipas, a dificuldade em desenvolver uma comunicação eficaz, e a dificuldade em suprir as necessidades psicossociais das famílias (McIlfatrick *et al.*, 2010)

2.O papel do Enfermeiro em Cuidados Paliativos

O Código Deontológico, enuncia como princípio estruturante do agir profissional do enfermeiro, no nº 1 do seu artigo 78º, “a preocupação da defesa da liberdade e da dignidade da pessoa humana e do enfermeiro”. (OE, 2009)

O que se correlaciona diretamente com o enquadramento conceptual e princípios dos CP, explícitos na Lei de Bases dos CP “Os Cuidados Paliativos devem respeitar a autonomia, a vontade, a individualidade, a dignidade da pessoa e a inviolabilidade da vida humana”; e reiterados pelo *Council of Europe* que considera uma obrigação dos profissionais de saúde o respeito e a protecção da dignidade do doente terminal. (EAPC, 2004)

No processo de cuidar o enfermeiro encontra-se numa situação privilegiada relativamente aos CP, pois acompanha os doentes nas 24 horas do dia, relaciona-se mais de perto com os familiares, podendo durante a prestação de cuidados realizar uma avaliação inicial de pormenor, desenvolver uma comunicação profunda, planear e implementar intervenções terapêuticas junto dos doentes e familiares. Por outro lado, os cuidados de conforto durante a fase final da vida, devem ser considerados como uma habilidade activa, necessária, importante e parte integrante dos cuidados de enfermagem. (*International Council of Nurses*, citado por APCP, 2006, p.iv)

Do ponto de vista do enfermeiro o seu papel em CP assenta na sua disponibilidade e experiência no cuidar. O enfermeiro considera ainda que a sua função de coordenação entre os diferentes profissionais de saúde, doente e família apesar de proeminente e de contribuir para a qualidade dos cuidados, nem sempre é valorizado por outros profissionais de saúde. Este facto prende-se com a limitação de reconhecimento e legitimidade sentidas em alguns contextos de prestação de cuidados. (Sekse *et al.*, 2017)

O enfermeiro identifica, entre outros fatores, como barreiras à prestação de cuidados paliativos de alta qualidade a formação e competências inadequadas em cuidados paliativos. (Aslakson *et al.*, 2012) Expressando a necessidade de mais formação teórica e prática no cuidar de doentes terminais e comunicação com as famílias. (Sekse *et al.*, 2017)

3. Formação de Enfermeiros em Cuidados Paliativos

Em março de 2006, a Associação Portuguesa de CP (APCP) apresenta um conjunto de recomendações para a formação de Enfermeiros em CP consideradas “mínimas e imprescindíveis para garantir que um programa de formação possa cumprir com os requisitos mínimos que o classificam como sendo específico de CP”. (APCP, 2006)

A APCP considera a formação como um dos principais alicerces da prestação de cuidados de enfermagem paliativos na Europa que requer uma robusta formação. Considera essencial incluir uma disciplina de CP no plano de estudos do curso licenciatura em enfermagem, com duração mínima de 45 horas (idealmente 60 horas) integrada possivelmente no 2º ano, por ser a partir do 2º ano que o estudante tem as primeiras experiências práticas com doentes em fim de vida e família. A disciplina deverá ser obrigatória, pois todos os enfermeiros, independentemente da sua área de atuação, deverão possuir conhecimentos mínimos neste âmbito. Os conteúdos programáticos devem contemplar as seguintes áreas: doente e adaptação ao processo de doença grave; apoio à família/cuidador principal; trabalho em equipa; atitudes da sociedade face à morte e ao fim de vida; organização do sistema de cuidados de saúde; auto-cuidados dos profissionais, perícias de comunicação, ética aplicada e apoio no luto. (APCP, 2006)

Também a Comissão Nacional de CP (CNCP) na visão apresentada para os CP em Portugal para o biénio 2017-2018, recomenda para a sua operacionalização a promoção da formação básica em CP para todos os profissionais de saúde, enfermeiros, (preferencialmente obtida a nível pré-graduado), para que sejam capazes de identificar precocemente os doentes com necessidades do foro paliativo e encaminhar os casos complexos para outro nível de diferenciação. (CNCP, 2016)

Tendo em conta as recomendações da EAPC, e do Conselho da Europa, a APCP recomenda para Portugal a existência de três níveis de formação em CP (nível A- básica pré-graduada e pós-graduada; nível B- avançada pós-graduada; nível C- especializada pós-graduada), os respetivos destinatários e o número de horas de formação. O nível A visa os futuros profissionais de enfermagem durante a sua formação profissional básica e os enfermeiros que prestam cuidados em serviços gerais de saúde mas que se podem confrontar com situações que necessitem de uma abordagem paliativa, sendo a duração da formação entre 18 a 45 horas. O nível B abrange os enfermeiros que trabalham em serviços de CP ou em serviços gerais onde desempenham funções de referência em CP que com frequência se confrontam com situações de CP, sendo a duração da formação entre 90-180 horas. O nível C destina-se a enfermeiros que são responsáveis por unidades de CP ou que exerçam consultadoria, ou contribuam activamente para a formação e investigação em CP, sendo recomendada a realização de mestrado/pós graduação de duração superior a 280 horas, com estágio de trabalho de duração mínima de duas semanas em unidades de CP de reconhecida credibilidade.

Para cada um dos níveis de formação referidos, a EACP recomenda conteúdos gerais e específicos diferentes. (APCP, 2006)

Mais recentemente, em 2016, a CNCP também recomenda estes três níveis de formação (CNCP, 2016), e a Ordem dos Enfermeiros completou o processo de certificação de competências específicas nesta área, aprovando o regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crónica e paliativa.

Num estudo realizado em Portugal em 2016, foram analisados 38 planos de estudos da área de enfermagem concluindo-se que 39,5% (15) dos planos de enfermagem analisados incluem uma unidade curricular de CP em 60% dos casos de cariz obrigatório. (Martins *et al.*, 2016)

Em agosto de 2017, a CNCP tendo em consideração as recomendações nacionais e internacionais já referidas anteriormente, faz a recomendação a todas as escolas superiores de enfermagem para a reflexão sobre o seu plano de estudo, e apresenta a proposta de integração de uma unidade curricular obrigatória de CP. (CNCP, 2017)

Esta unidade curricular contempla 54 horas: 12 horas teóricas e 22 horas teórico-práticas, devendo o enfermeiro de cuidados gerais adquirir competências nas quatro áreas chave dos CP: comunicação, cuidado à família/cuidador, controlo de sintomas e trabalho em equipa. (CNCP, 2017)

3.1. Formação em Cuidados Paliativos na Região Autónoma dos Açores

Análise da formação pré-graduada - Análise planos de estudos das escolas de enfermagem

Na RAA existem duas escolas de enfermagem integradas na Universidade dos Açores: uma em Ponta Delgada e outra em Angra do Heroísmo, responsáveis pela formação da maioria dos enfermeiros da RAA. Analisando os seus planos de estudos conclui-se que, ambas as escolas têm no seu plano de estudos unidades curriculares e ensinamentos clínicos em CP conforme as orientações da CNCP: (DR, n.º157, 2015)

No 3º ano, 1º semestre, existe uma unidade curricular: Enfermagem em Cuidados Continuados e Paliativos com duração de 40 horas (20 horas teóricas e 20 horas teórico-práticas), com carácter obrigatório.

No 4º ano, 1º semestre, está previsto o ensino clínico em Cuidados Continuados e Paliativos, com 210 horas de ensino clínico, com carácter obrigatório.

Análise da formação pós-graduada

Considerando a importância que a formação contínua desempenha no desenvolvimento das competências profissionais de saúde foram realizados na RAA formações de CP, nomeadamente formação básica nível A e nível B pós-graduada:

Em 2006, uma formação avançada *e-learning* do Centro de Bioética da Faculdade de Medicina de Lisboa, para 60 profissionais de saúde de todas as ilhas dos Açores.

Em 2009, um curso mestrado em Ética da Vida, na Universidade dos Açores.

Em 2010, curso de pós-graduação em CP na Universidade dos Açores - Escola Superior de Enfermagem da Ilha Terceira.

Em 2014, em parceria com a APCP-núcleo regional, a EMRRCCI promoveu na ilha de São Miguel, três cursos básicos de CP, dirigidos aos profissionais das equipas e unidades da RRCCI, perfazendo 72 horas de formação frequentada por 73 formandos, profissionais da área da saúde e social, dos quais 49 são enfermeiros.

Em 2016, em parceria com a APCP, a EMRRCCI promoveu o Curso Básico de CP Pediátricos. Um curso com 21 horas de formação, para 30 profissionais da área da saúde e social da Ilha de São Miguel dos quais 20 são enfermeiros.

Fruto destas ofertas formativas e da iniciativa pessoal dos enfermeiros, apesar do contexto pouco favorável à procura de formação pós-graduada, encontram-se integrados em unidades e equipas da RRCCI enfermeiros com formação avançada (nível B) em CP, com a seguinte distribuição apresentada na tabela 7.

Tabela 7. Enfermeiros com formação avançada (nível B) em Cuidados Paliativos integrados em unidades e equipas da RRCCI (agosto 2017)

Ilha/Concelho	Nº de enfermeiros com formação avançada em cuidados paliativos (nível B) integrados em Unidades e equipas da RRCCI							
	EGA	ECL	UCCI	UCP	EHSCP	EAID'S	ECSCP	ECR
Santa Maria	-	-	-	-	-	-	-	-
São Miguel	3	1	5	3	1	3	-	1
Terceira	2	1	-	-	-	-	8	-
Graciosa	-	-	2	-	-	-	-	-
São Jorge	-	-	-	-	-	-	-	-
Pico	1	1	3	-	-	-	-	-
Faial	2	1	1	-	-	-	-	-
Flores	-	-	-	-	-	-	-	-
Corvo	-	-	-	-	-	-	-	-
TOTAL	8	4	11	3	1	3	8	1

Analisando a distribuição de enfermeiros com formação avançada em CP constata-se que na RAA as ilhas com menor densidade populacional, Santa Maria, São Jorge, Flores

e Corvo, não têm este recurso, o que condiciona a prestação de CP de qualidade e a identificação de doentes com necessidade destes, limitando o seu acesso a equipas e unidades especializadas.

4. Questão de investigação

Coloca-se a questão central deste estudo: **o que sabem os enfermeiros da Região Autónoma dos Açores sobre cuidados paliativos?**

4.1.Definem-se ainda as seguintes **questões específicas**:

4.1.1.Qual a relação entre as variáveis sociodemográficas com os conhecimentos sobre CP dos enfermeiros da RAA?

4.1.2.Qual a relação entre a formação académica e os conhecimentos sobre CP dos enfermeiros da RAA?

Pela importância de:

- Conhecer o nível de conhecimentos dos enfermeiros da RAA sobre CP e os fatores que condicionam este conhecimento, de forma a contribuir para a melhoria do acesso dos doentes aos CP, e da qualidade dos mesmos.
- Compreender a necessidade de formação nesta área e adequar a formação pré e pós graduada em CP, conforme recomendações da EAPC, da APCP e CNCP.
- Contribuir para a investigação científica nas áreas de enfermagem e dos CP e promover a evolução da profissão no seu conhecimento e suas competências.

4.2.Objetivos e hipóteses

4.2.1.Objetivos

É objetivo principal deste estudo **identificar o grau de conhecimentos dos enfermeiros da Região Autónoma dos Açores sobre CP.**

Como objetivos **específicos**:

- 1.Analisar os fatores que podem influenciar o que os enfermeiros da RAA sabem sobre CP.
- 2.Compreender a necessidade de formação nesta área dos enfermeiros da RAA.

4.2.2. Hipóteses

H1- Existe relação entre as variáveis sociodemográficas e os conhecimentos sobre CP dos enfermeiros da RAA.

H2- Existe relação entre o nível de formação (em CP) e os conhecimentos sobre CP dos enfermeiros da RAA.

PARTE II - FASE METODOLÓGICA

1.Material e métodos

1.1. Tipo de estudo

Conceptualiza-se um estudo quantitativo, transversal, de natureza descritiva com a finalidade de descrever a relação das variáveis sociodemográficas, académicas e da formação em CP com os conhecimentos sobre CP dos enfermeiros da RAA.

1.2.População

Todos os enfermeiros inscritos na Secção Regional da RAA da Ordem dos Enfermeiros (SRRAOE). Segundo os dados estatísticos da Ordem dos Enfermeiros, em dezembro 2016, encontravam-se inscritos na SRRAOE 2026 enfermeiros.

1.3.Amostra

A amostra é de conveniência e abrange todos os enfermeiros inscritos na SRRAA com endereço eletrónico que aceitaram participar no estudo e responderam ao questionário *online*: 255 enfermeiros.

1.4.Instrumento de colheita de dados

Construiu-se um questionário, que tem por base a revisão da literatura na área e os objetivos definidos para a investigação, organizado em função de duas áreas temáticas: (anexo A)

1.Caracterização

Integra oito questões relativas às características sociodemográficas, académicas e de formação em CP dos enfermeiros, e três questões de opinião:

Autoavaliação de conhecimentos em CP: antes e depois do preenchimento do questionário, onde o enfermeiros se classifica através da aplicação da escala de Likert, com 4 níveis: insuficiente, suficiente bom e muito bom.

Opinião sobre o papel do enfermeiro em CP, onde o enfermeiros classifica a importância dada ao seu papel no âmbito dos CP, através da aplicação da escala de *Likert*, com 4 níveis: não muito importante; um pouco importante; muito importante e extremamente importante.

2.Avaliação de conceitos

Integra 40 questões relativas ao conhecimento sobre CP dos enfermeiros, com três hipóteses de resposta (verdadeiro, falso, não sei), repartidas por oito dimensões da seguinte forma:

- A)Filosofia dos CP, nove perguntas
- B)Comunicação, quatro perguntas
- C)Sintomas gastrointestinais, cinco perguntas
- D)Fim de vida, três perguntas
- E)Sintomas neurológicos, quatro perguntas
- F)Sintomas respiratórios, cinco perguntas
- G)Dor, oito perguntas
- H)Vias de administração, duas perguntas

De forma a analisar os dados obtidos designou-se a seguinte classificação do nível de conhecimento mediante a percentagem de acerto do questionário:

Mau: 0%-49%

Suficiente: 50%-75%

Bom: 76%-100%

A compreensão do questionário foi validada realizando um pré-teste num grupo de dez enfermeiros em fevereiro 2017. A compreensão e aceitação do questionário foi boa, não surgiram dúvidas nem foram apresentadas dificuldades no seu preenchimento, pelo que não foi necessário ajustar as perguntas do questionário.

1.5.Recolha de dados

Efectuada entre 20.03.2017 e 12.04.2017, através do preenchimento autónomo do questionário, em formato *online*, através da aplicação *Google* Formulários.

Para tal foi solicitada a colaboração da SRRAOE para o envio do *link* do questionário *online* para todos os endereços eletrónicos dos seus membros.

1.6.Tratamento de dados

Neste estudo recorreu-se ao *Software Statistical Package for Social Sciences* (SPSS versão 23.0) para efectuar o tratamento de dados. Ao nível da estatística descritiva recorreu-se a uma análise de frequências, para analisar as variáveis com escala qualitativa (nominais e ordinais), e à média e desvio padrão para as variáveis com escala quantitativa (total e dimensões da escala e idade).

Usou-se ainda estatística inferencial para testar as hipóteses em estudo. Os testes usados foram:

Testes paramétricos:

t de student para amostras independentes: usou-se este teste paramétrico sempre que se pretendeu comparar dois grupos dimensões e total do questionário de

conhecimentos de CP. Os grupos que se compararam foram: género feminino Vs género masculino; enfermeiros com formação em CP Vs enfermeiros sem formação em CP; enfermeiros com experiência em CP Vs enfermeiros sem experiência em CP; enfermeiros que trabalham em hospitais Vs enfermeiros que trabalham em CS. O uso deste teste paramétrico foi possível dado haver normalidade nos grupos em comparação ou desvios pouco severos à normalidade ($SK < 3$ e $Ku < 7$), o que viabiliza o recurso a estatística paramétrica. (Kline, 1998)

ANOVA ONE WAY: usou-se este teste paramétrico quando se pretendeu comparar 3 grupos nos totais das dimensões e total do questionário de conhecimentos de CP. O estudo da normalidade revelou a existência de uma distribuição normal ou desvios pouco severos ($SK < 3$ e $Ku < 7$). Este teste usou-se para comparar os enfermeiros que trabalham em diferentes sectores: Privado Vs Público Vs IPSS.

Correlação de Pearson: para relacionar a variável idade (quantitativa) com o total da escala de conhecimentos sobre CP e respetivas dimensões (também com escala quantitativa).

Testes não paramétricos

Correlação de Spearman: usou-se esta correlação não paramétrica para correlacionar variáveis ordinais (tempo de experiência em CP, nível de formação em CP e autoavaliação dos conhecimentos em CP) com as variáveis quantitativas: total do questionário de conhecimentos e totais das diferentes dimensões.

2.Considerações éticas

O presente estudo, foi aprovado pela Comissão de Ética do Centro Académico de Medicina de Lisboa. (anexo B)

Incide sobre uma população autónoma, sendo todos os participantes maiores de idade.

Dada a natureza do estudo, que implica a participação autónoma dos enfermeiros da RAA, e de forma a assegurar o anonimato, a divulgação do *link* do questionário foi realizado através da SRRAOE que dirigiu um mail aos seus membros. (anexo C)

O anonimato e a confidencialidade dos dados foram assim garantidos, pela ausência de qualquer informação que permita identificar os participantes.

Antes da participação no estudo foi realizado o esclarecimento a cada participante e solicitado o consentimento informado. (anexo D)

3. Resultados

3.1. Caracterização da Amostra

Tendo como população os 2026 enfermeiros inscritos na SRRAAOE, considerou-se para uma margem de erro de 5%, e para um intervalo de confiança de 90% que a amostra mínima seria de 238 sujeitos. Responderam ao questionário 255 enfermeiros, número superior à amostra mínima estabelecida, considerando-se por isso que a amostra é representativa.

A amostra foi constituída por 255 enfermeiros da RAA, que exercem funções em locais como CS, hospitais, lares de idosos e UCCI. Apresenta-se nas tabelas 8 e 9 a caracterização da amostra relativamente a variáveis sociodemográficas e profissionais.

Tabela 8. Caracterização da Amostra

		Frequência
Género	Feminino	85,9% (219)
	Masculino	14,1% (36)
Idade	22-31 anos	35,7% (91)
	32-41 anos	38,4% (98)
	42-51 anos	16,9% (43)
	52 – 61 anos	8,2% (21)
	≥ 62 anos	0,8% (2)
		Média = 36,12, DP = 9,28 Min = 22 anos Max = 66 anos
Zona geográfica onde trabalha	Região Autónoma dos Açores	100% (255)
Sector	IPSS	9,4% (24)
	Privado	7,5% (19)
	Privado e IPSS	0,4% (1)
	Público	79,6% (203)
	Público e Privado	3,1% (8)
Área de Intervenção	Hospital	43,1% (110)
	Centro de Saúde	34,5% (88)
	Lar idosos	7,1% (18)
	Unidade cuidados continuados	3,9% (10)
	Escola/formação	2% (5)
	Casa de Saúde	1,6% (4)
	Clínica Privada	1,6% (4)
	Instituição Psiquiátrica	0,8% (2)
	Linha de Saúde	0,8% (2)
	Centro Médico	0,4% (1)
	Cuidados Domiciliários	0,4% (1)
	DR Combate às dependências	0,4% (1)
	Saúde Ocupacional	0,4% (1)
	Serviço Proteção civil	0,4% (1)
	Não respondem	2,7% (7)
Anos de Experiência Profissional	< 5 anos	22,7% (58)
	5 - 10 anos	26,7% (68)
	11 - 15 anos	18% (46)
	16 - 20 anos	15,3% (39)
	21 - 25 anos	5,5% (14)
	> 25 anos	11,8% (30)
Tem formação específica em Cuidados Paliativos?	Não	81,7% (210)
	Sim	18,3% (47)

Tabela 9. Caracterização da Amostra (Continuação)

		Frequência
Se sim, qual?	Básica (18-45 Horas)	26,7% (12)
	Intermédia (90-180 Horas)	46,7% (21)
	Avançada (>200Horas; mestrado/doutoramento)	26,7% (12)
Se não, porquê?	Falta de tempo	24,8% (52)
	Não tem interesse pela área	30% (63)
	Não teve conhecimento de formações na área	10% (21)
	Pouca oferta formativa na área	34,8 % (73)
	Não responde	0,5% (1)
Tem Experiência Profissional em Cuidados Paliativos?	Não	66,7% (170)
	Sim	33,3% (85)
Se sim, tipo:	Ações Paliativas	65,9% (56)
	Ações Paliativas, Equipa Comunitária de Suporte	1,2% (1)
	Ações Paliativas, Equipa Hospitalar de Suporte Cuidados Paliativos	3,5% (3)
	Ações Paliativas, Unidade/Serviço de Cuidados Paliativos	2,4% (2)
	Equipa Comunitária de Suporte	7,1% (6)
	Equipa Hospitalar de Suporte Cuidados Paliativos	2,4% (2)
	Unidade/Serviço de Cuidados Paliativos	17,6% (15)
Como Classifica o seu nível de conhecimentos em Cuidados Paliativos?	Insuficiente	29,8% (76)
	Suficiente	41,6% (106)
	Bom	24,7% (63)
	Muito Bom	3,9% (10)
Como Classifica o papel do Enfermeiro em Cuidados Paliativos?	Não muito importante	1,2% (3)
	Um pouco importante	0,4% (1)
	Muito Importante	9,8% (25)
	Extremamente Importante	88,6% (226)
Depois de responder a este questionário, como classifica o seu nível de conhecimentos em Cuidados Paliativos?	Insuficiente	39,6% (101)
	Suficiente	32,9% (84)
	Bom	21,6% (55)
	Muito Bom	5,9% (15)

A maioria dos enfermeiros é do género feminino (85,9%) e tem idade compreendida entre os 22 e os 41 anos (74,1%), sendo a média etária de 36,12 anos e o desvio padrão de 9,28. Quanto ao setor onde trabalham, predomina o setor público (79,6%). Uma grande percentagem de enfermeiros trabalha em hospitais (43,1%) ou centros de saúde (34,5%) e a maioria trabalha há menos de 15 anos (67,4%). Relativamente a formação em CP a maioria dos enfermeiros não têm esta formação (81,7%), referindo como principais motivos a pouca oferta formativa na área (34,8 %), não ter interesse na área (30%) ou a falta de tempo (24,8%). Dos que têm formação em CP, uma grande percentagem refere ter uma formação intermédia (46,7%). A maioria dos enfermeiros não tem experiência em CP (66,7%), dos que têm experiência a maioria refere experiência em ações paliativas (65,9%). Apenas 29,8% dos enfermeiros consideram insuficientes os conhecimentos que têm em CP e a maioria classificou de extremamente importante (88,6%) o papel do enfermeiro nesta área. Depois de responderem ao questionário deste estudo houve um aumento de cerca de 9,8% no

número de enfermeiros que consideram os seus conhecimentos em CP insuficientes (passou de 29,8% no início do questionário para 39,6% no fim do questionário).

3.2. Apresentação dos Resultados

A maioria dos enfermeiros respondeu corretamente aos itens da dimensão filosofia dos CP (percentagem de acerto acima dos 85%). O único item em que a percentagem de acerto não foi tão elevada foi: “Os Cuidados Paliativos só devem ser prestados a doentes cujo tratamento curativo já não é possível.” (66,7% responderam corretamente que a afirmação é falsa).

Gráfico 1. Questionário Cuidados Paliativos: % de Respostas corretas às questões do Grupo A: Filosofia dos cuidados paliativos

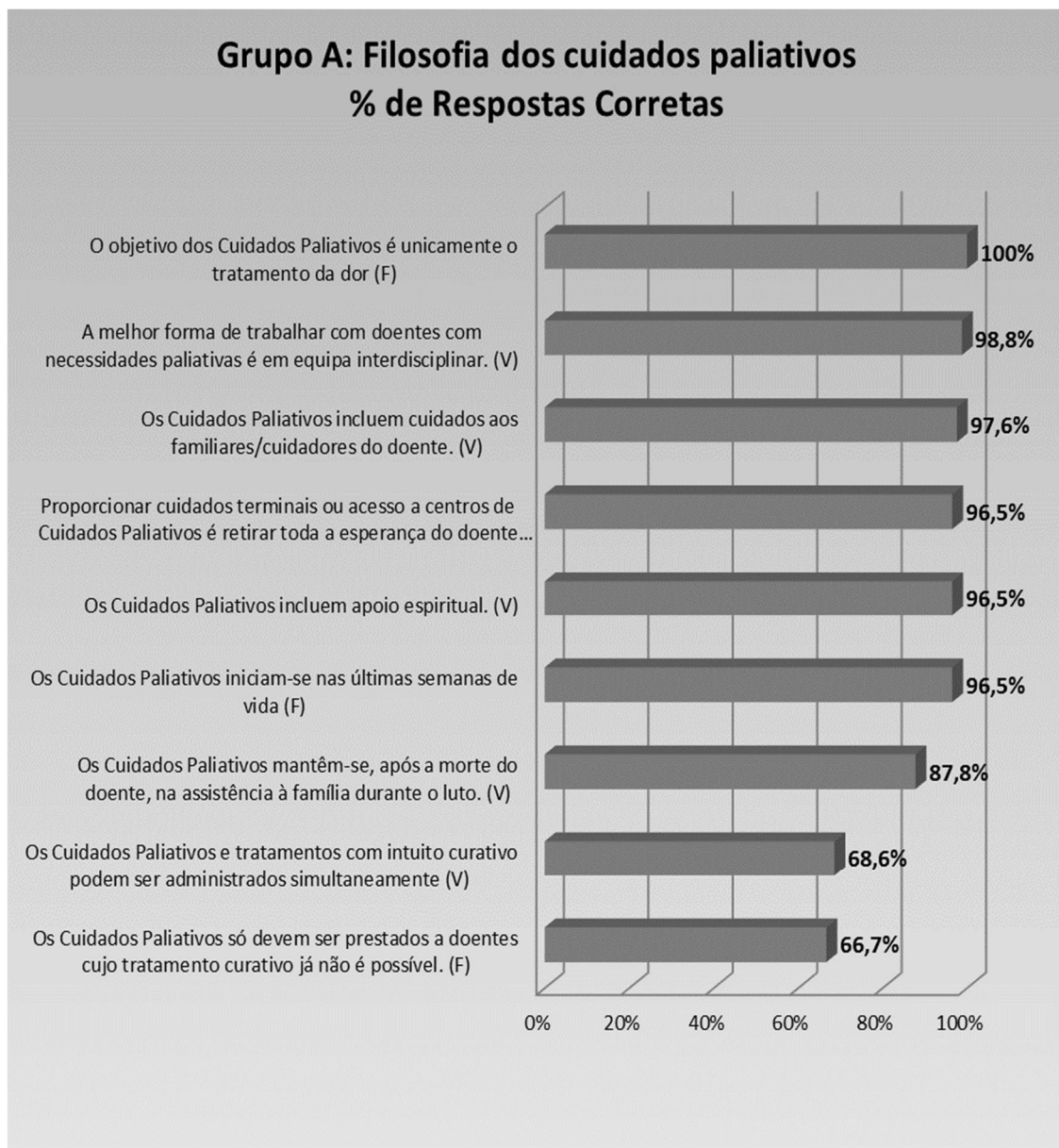
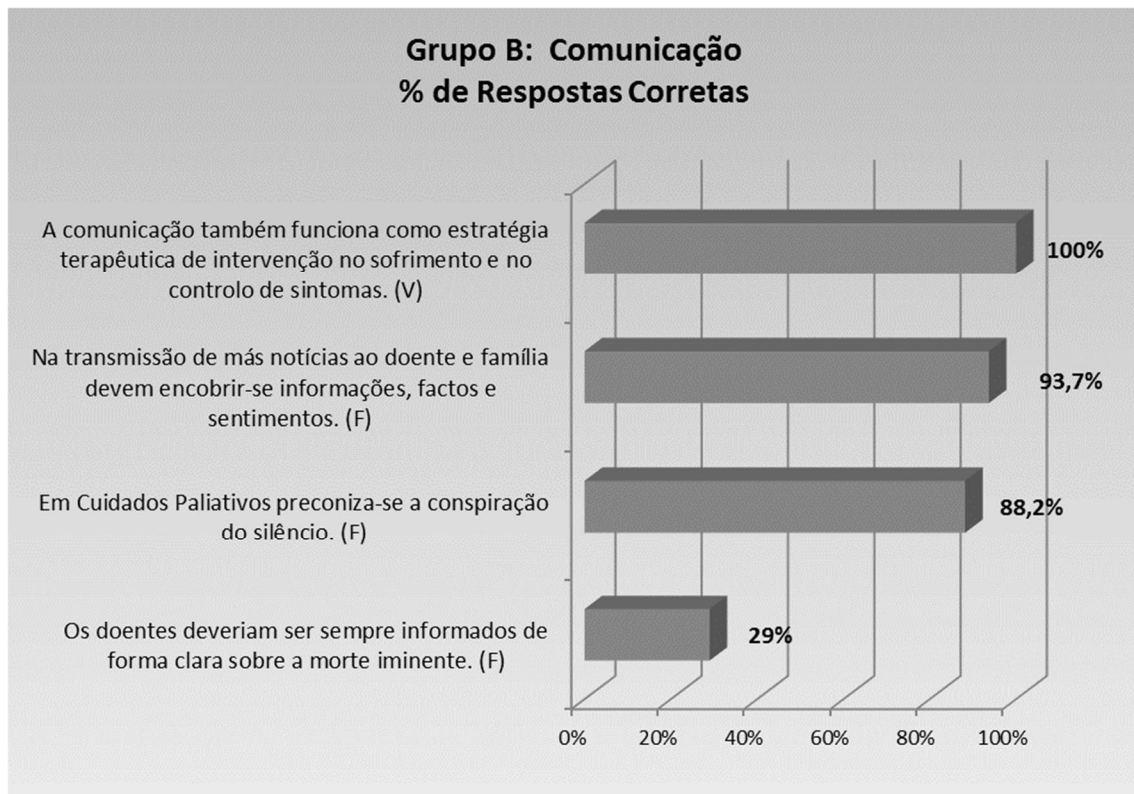
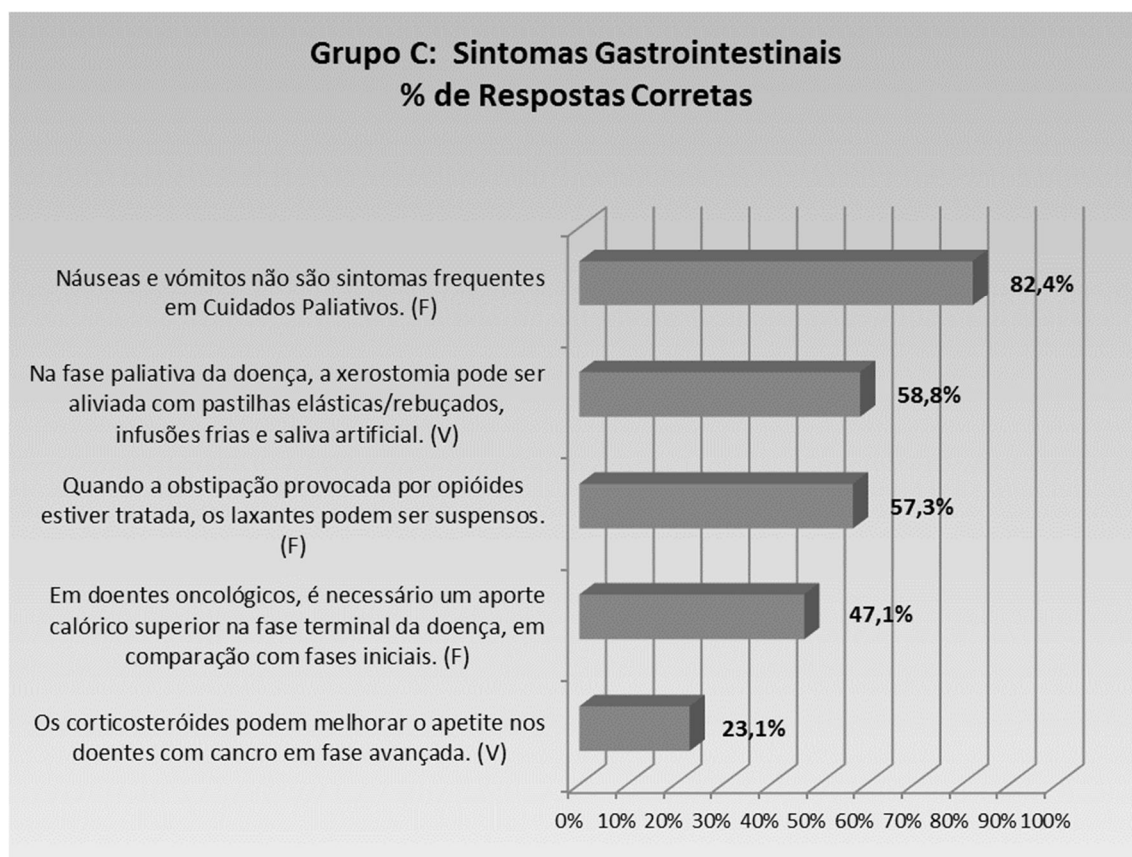


Gráfico 2. Questionário Cuidados Paliativos: % de Respostas corretas às questões do Grupo B: Comunicação



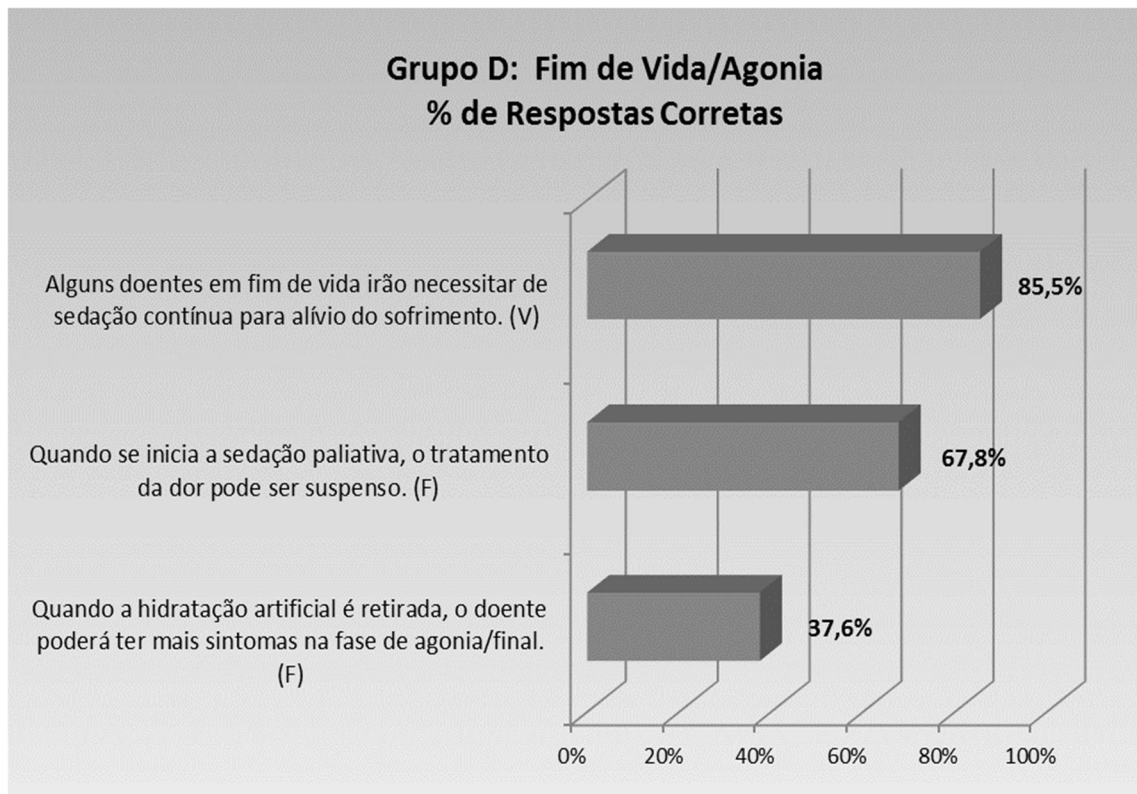
Na dimensão comunicação a maioria dos enfermeiros respondeu corretamente a três itens (entre 88,2% a 100%). Houve contudo um item em que uma minoria acertou: “Os doentes deveriam ser sempre informados de forma clara sobre a morte iminente.” (apenas 29% responderam corretamente ao classificar a afirmação de falsa).

Gráfico 3. Questionário Cuidados Paliativos: % de Respostas corretas às questões do Grupo C: Sintomas Gastrointestinais



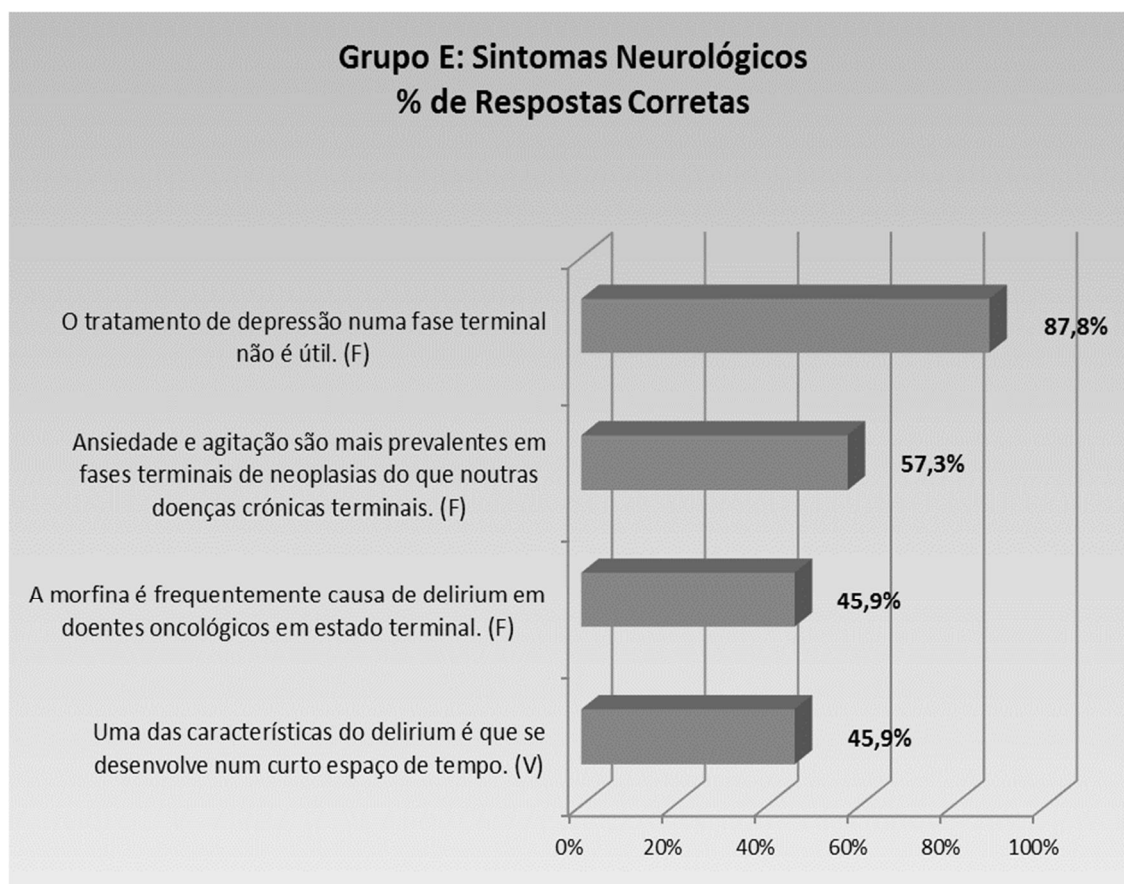
Na dimensão sintomas gastrointestinais a maioria dos enfermeiros respondeu corretamente a três dos cinco itens (entre 57,3% e 82,4%). Os itens em que uma minoria respondeu corretamente foram: “Em doentes oncológicos, é necessário um aporte calórico superior na fase terminal da doença, em comparação com fases iniciais.” (47,1% responderam corretamente que afirmação é falsa) e “Os corticosteróides podem melhorar o apetite nos doentes com cancro em fase avançada.” (23,1% responderam corretamente que afirmação é verdadeira).

Gráfico 4. Questionário Cuidados Paliativos: % de Respostas corretas às questões do Grupo D: Fim de Vida/Agonia



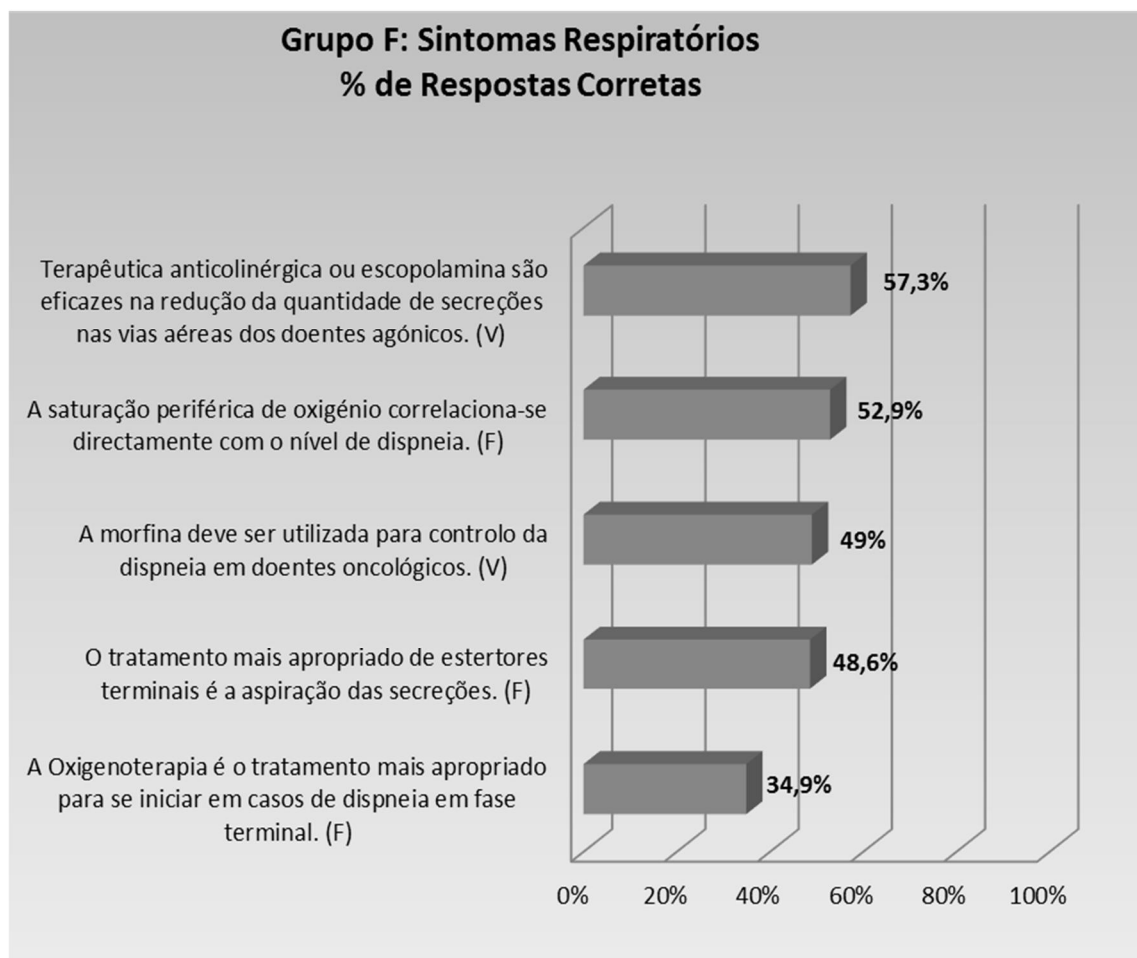
Na dimensão fim de vida/agonia a maioria dos enfermeiros respondeu corretamente a dois dos três itens (item 1-85,5% e item 3-67,8%). O item em que uma minoria respondeu corretamente foi o item 2: “Quando a hidratação artificial é retirada, o doente poderá ter mais sintomas na fase de agonia/final.” (37,6% respondeu corretamente que a afirmação é falsa).

Gráfico 5. Questionário Cuidados Paliativos: % de Respostas corretas às questões do Grupo E: Sintomas Neurológicos



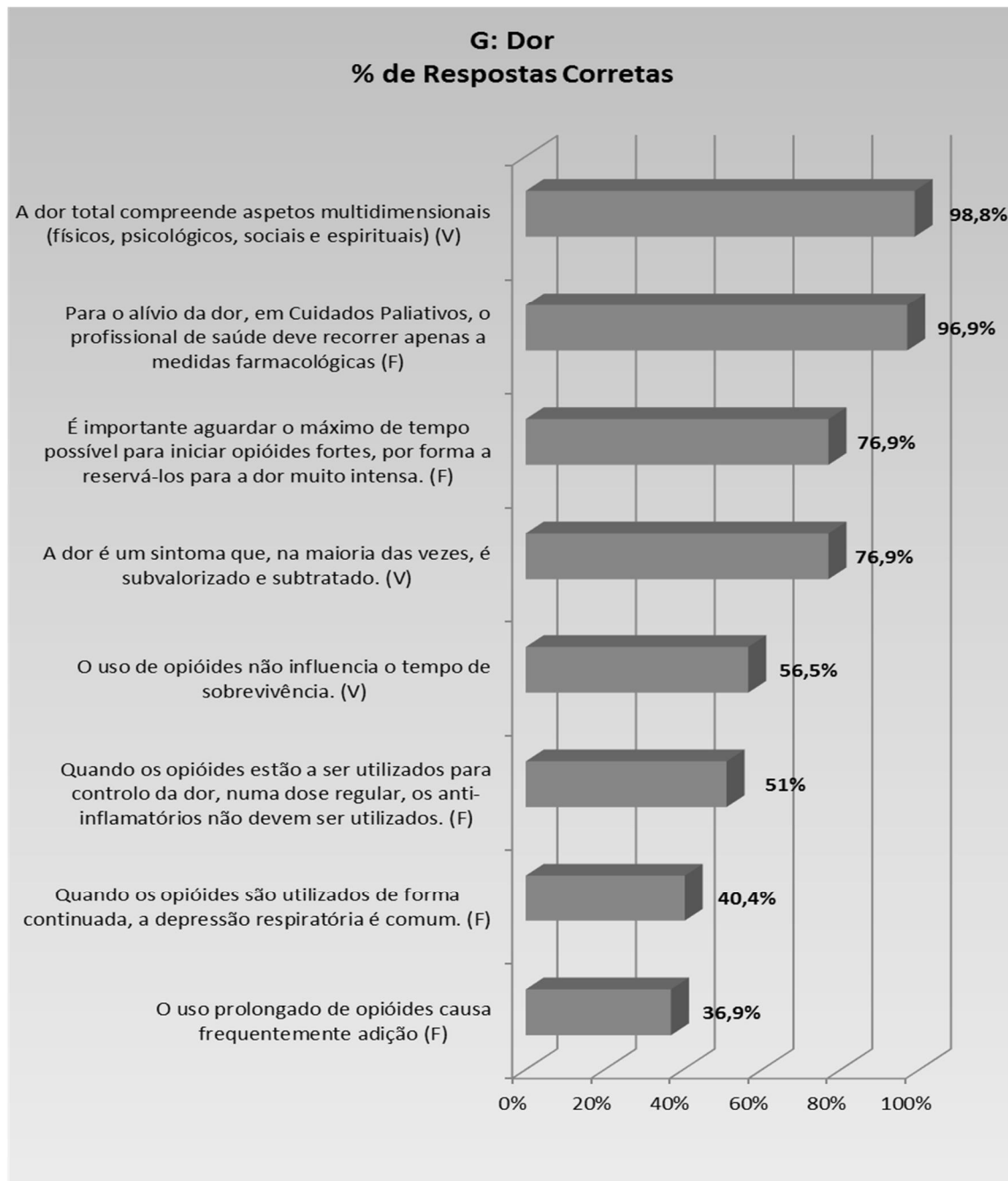
Na dimensão sintomas neurológicos a maioria dos enfermeiros respondeu corretamente a dois dos quatro itens (item 1-57,3% e item 3-87,8%). Os itens em que uma minoria respondeu corretamente foram: “Uma das características do delirium é que se desenvolve num curto espaço de tempo.” (45,9% responderam corretamente que afirmação é verdadeira) e “A morfina é frequentemente causa de delirium em doentes oncológicos em estado terminal.” (45,9% responderam corretamente que afirmação é falsa).

Gráfico 6. Questionário Cuidados Paliativos: % de Respostas corretas às questões do Grupo F: Sintomas Respiratórios



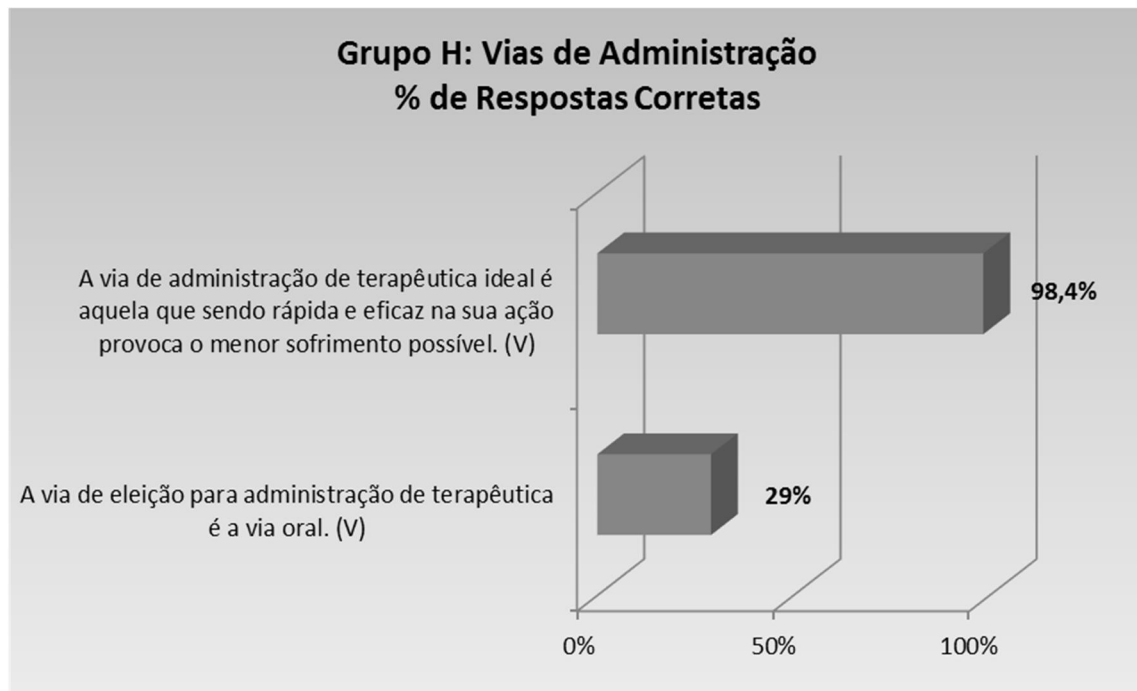
Na dimensão sintomas respiratórios a maioria dos enfermeiros respondeu corretamente a dois dos cinco itens (Item 4-52,9% e item 5-57,3%). Os itens em que uma minoria respondeu corretamente foram: “A oxigenoterapia é o tratamento mais apropriado para se iniciar em casos de dispneia em fase terminal.” (34,9% responderam corretamente que afirmação é falsa), “O tratamento mais apropriado de estertores terminais é a aspiração das secreções.” (48,6% responderam corretamente que afirmação é falsa) e a “A morfina deve ser utilizada para controlo da dispneia em doentes oncológicos.” (49% responderam corretamente que afirmação é verdadeira).

Gráfico 7. Questionário Cuidados Paliativos: % de Respostas corretas às questões do Grupo G: Dor



Na dimensão dor a maioria dos enfermeiros respondeu corretamente a seis dos oito itens (entre 51% e 98,8%). Os itens em que uma minoria respondeu corretamente foram: “O uso prolongado de opióides causa frequentemente adição.” (36,9% responderam corretamente que afirmação é falsa) e “Quando os opióides são utilizados de forma continuada, a depressão respiratória é comum.” (40,4% responderam corretamente que afirmação é falsa).

Gráfico 8. Questionário Cuidados Paliativos: % de Respostas corretas às questões do Grupo H: Vias de Administração



A dimensão vias de administração é composta por dois itens, a maioria (98,4%) acertou no item: “A via de administração de terapêutica ideal é aquela que sendo rápida e eficaz na sua ação provoca o menor sofrimento possível.”, e uma minoria (29%) respondeu corretamente ao item: “A via de eleição para administração de terapêutica é a via oral.” (ambas as afirmações são verdadeiras).

No gráfico 9 e na tabela 10 pode constatar-se que os enfermeiros, no total do questionário composto por 40 questões, responderam em média acertadamente a cerca de 27,66 questões (o que corresponde a uma média de percentagem de acerto de 69,16%), não tendo havido ninguém que tenha acertado nas 40 questões (o melhor resultado foi de 39 respostas corretas). Relativamente às médias de percentagem de acerto nas dimensões do questionário, constata-se que em sete das oito dimensões as médias são superiores a 50% (sendo as mais elevadas as correspondentes às dimensões: A- Filosofia de Cuidados Paliativos: 89,89% e B- Comunicação: 77,74%, e a mais baixa na dimensão E- Sintomas Neurológicos: 59,22%). A única dimensão em que a média da percentagem de acerto não foi superior a 50% foi a dimensão: Sintomas Respiratórios (48,55%).

Gráfico 9. Dimensões e total da escala de conhecimento sobre cuidados paliativos, % de respostas corretas

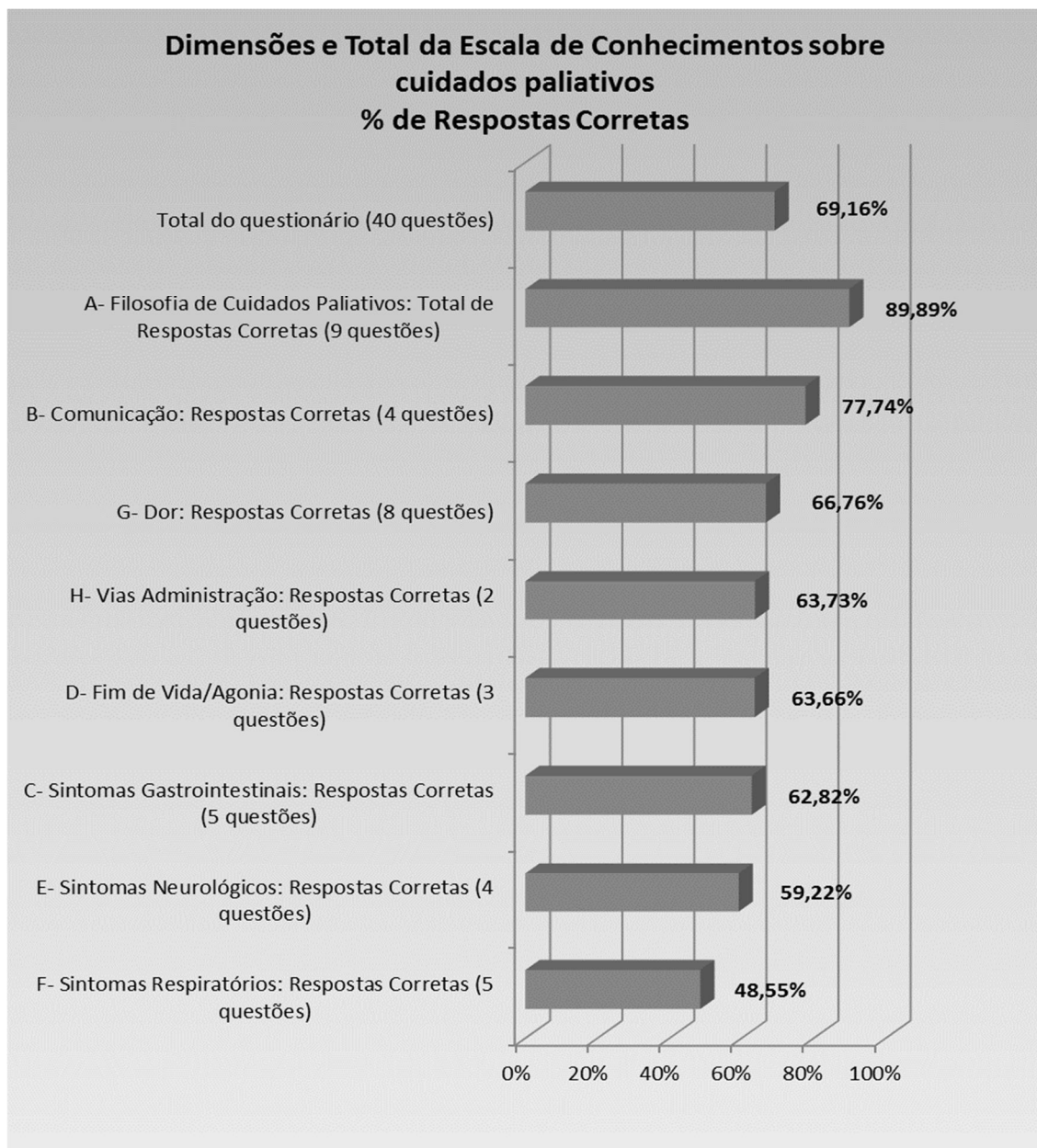


Tabela 10. Estatística Descritiva (Média/Desvio Padrão/Mínimo e Máximo) às dimensões e total da escala de conhecimento sobre cuidados paliativos

	N	Mínimo	Máximo	Média do número de respostas certas/Média percentagem de acerto	Desvio Padrão do nº de respostas corretas
A- Filosofia de Cuidados Paliativos: Total de Respostas Corretas (9 questões)	255	5,00	9,00	8,09/89,89%	1,07
B- Comunicação: Respostas Corretas (4 questões)	255	1,00	4,00	3,11/77,74%	,65
C- Sintomas Gastrointestinais: Respostas Corretas (5 questões)	255	1,00	6,00	3,14/62,82%	1,17
D- Fim de Vida/Agonia: Respostas Corretas (3 questões)	255	,00	3,00	1,91/63,66%	,85
E- Sintomas Neurológicos: Respostas Corretas (4 questões)	255	,00	4,00	2,37/59,22%	1,09
F- Sintomas Respiratórios: Respostas Corretas (5 questões)	255	,00	5,00	2,43/48,55%	1,71
G- Dor: Respostas Corretas (8 questões)	255	,00	8,00	5,34/66,76%	1,71
H- Vias Administração: Respostas Corretas (2 questões)	255	,00	2,00	1,27/63,73%	,47
Total do questionário (40 questões)	255	13,00	39,00	27,66/69,16%	5,41

De seguida foi-se investigar se os conhecimentos em CP variam em função de variáveis como género, idade, área de intervenção, setor, formação em CP, experiência em CP, anos de experiência profissional, e autoavaliação dos conhecimentos em CP.

Tabela 11. *t de Student* para amostras independentes: Género Vs conhecimentos em cuidados paliativos

	Género Masculino (n= 36)		Género Feminino (n= 219)		<i>t de Student</i> Amostras independentes	
	Média	Desvio Padrão	Média	Desvio Padrão	t	p
A- Filosofia de Cuidados Paliativos: Total de Respostas Corretas	8,42	,94	8,04	1,08	-1,993	0,047*
B- Comunicação: Respostas Corretas	3,11	,62	3,11	,66	-0,013	0,990
C- Sintomas Gastrointestinais: Respostas Corretas	3,22	1,12	3,13	1,17	-0,450	0,653
D- Fim de Vida/Agonia: Respostas Corretas	2,11	,78	1,88	,86	-1,532	0,127
E- Sintomas Neurológicos: Respostas Corretas	2,33	,96	2,37	1,11	0,210	0,834
F- Sintomas Respiratórios: Respostas Corretas	2,31	1,64	2,45	1,72	0,461	0,645
G- Dor: Respostas Corretas	5,53	1,65	5,31	1,72	-0,707	0,480
H- Vias Administração: Respostas Corretas	1,28	,45	1,27	,48	0,045	0,964
Total de Respostas Corretas	28,31	4,82	27,56	5,50	-0,769	0,443

(* significativo $p \leq 0,05$)

O teste *t de Student* para amostras independentes revelou a existência de uma diferença significativa, para $p \leq 0,05$, entre enfermeiros do género feminino e enfermeiros do género masculino no número de respostas corretas na dimensão filosofia dos CP, revelando os enfermeiros do género masculino uma média mais elevada.

Tabela 12. Correlação de *Pearson*: Idade Vs conhecimentos em cuidados paliativos

		Idade
A- Filosofia de Cuidados Paliativos: Total de Respostas Corretas (9 questões)	$R_{Pearson}$	-,042
	p	,503
	N	255
B- Comunicação: Respostas Corretas (4 questões)	$R_{Pearson}$,158*
	p	,011
	N	255
C- Sintomas Gastrointestinais: Respostas Corretas (5 questões)	$R_{Pearson}$,027
	p	,667
	N	255
D- Fim de Vida/Agonia: Respostas Corretas (3 questões)	$R_{Pearson}$	-,047
	p	,457
	N	255
E- Sintomas Neurológicos: Respostas Corretas (4 questões)	$R_{Pearson}$,062
	p	,323
	N	255
F- Sintomas Respiratórios: Respostas Corretas (5 questões)	$R_{Pearson}$,013
	p	,837
	N	255
G- Dor: Respostas Corretas (8 questões)	$R_{Pearson}$,136*
	p	,030
	N	255
H- Vias Administração: Respostas Corretas (2 questões)	$R_{Pearson}$	-,016
	p	,800
	N	255
Total do questionário (40 questões)	$R_{Pearson}$,067
	p	,283
	N	255

(* significativo $p \leq 0,05$)

A correlação de *Pearson* revelou a existência de uma correlação significativa positiva baixa entre a idade e o conhecimento demonstrado nas dimensões comunicação ($R=0,158$, $p=0,011$) e a dimensão dor ($R=0,136$, $p=0,030$), existindo a tendência para quanto maior a idade dos enfermeiros, maior os conhecimentos nestas duas dimensões.

Tabela 13. t de *Student* para amostras independentes: Formação Vs conhecimentos em cuidados paliativos

	Não tem formação em cuidados paliativos (n =210)		Tem formação em cuidados paliativos (n=47)		t de <i>Student</i> Amostras independentes	
	Média	Desvio Padrão	Média	Desvio Padrão	t	p
A- Filosofia de Cuidados Paliativos: Total de Respostas Corretas	8,01	1,11	8,47	,73	-3,446	0,000***
B- Comunicação: Respostas Corretas	3,08	,67	3,27	,54	-1,778	0,077
C- Sintomas Gastrointestinais: Respostas Corretas	2,95	1,14	4,04	,82	-7,521	0,000***
D- Fim de Vida/Agonia: Respostas Corretas	1,82	,84	2,33	,80	-3,763	,000***
E- Sintomas Neurológicos: Respostas Corretas	2,26	1,09	2,87	,94	-3,793	,000***
F- Sintomas Respiratórios: Respostas Corretas	2,17	1,63	3,64	1,55	-5,564	,000**
G- Dor: Respostas Corretas	5,10	1,67	6,44	1,44	-5,001	,000***
H- Vias Administração: Respostas Corretas	1,22	,45	1,53	,50	-3,865	,000***
Total de Respostas Corretas	26,60	5,02	32,60	4,36	-7,435	,000***

(*** significativo para $p \leq 0,001$)

O teste t de *Student* para amostras independentes revelou a existência de uma diferença significativa, para $p \leq 0,001$, entre os enfermeiros que não têm formação e os enfermeiros que têm formação em CP no total do questionário: quem não tem formação acertou em média em 26,6 questões, enquanto quem tem formação acertou em 32,6 questões. Este teste revelou ainda diferenças significativas em todas as dimensões da escala com exceção da dimensão comunicação em que se obteve um valor no limiar da significância, as médias são sempre mais elevadas no grupo de enfermeiros que tem formação em CP.

Tabela 14. Correlação de *Spearman*: Nível de Formação (Básica/Intermédia/Avançada) em cuidados paliativos Vs conhecimentos em cuidados paliativos

		Nível Formação
A- Filosofia de Cuidados Paliativos: Total de Respostas Corretas (9 questões)	$R_{Spearman}$,358*
	p	,016
	N	45
B- Comunicação: Respostas Corretas (4 questões)	$R_{Spearman}$,120
	p	,432
	N	45
C- Sintomas Gastrointestinais: Respostas Corretas (5 questões)	$R_{Spearman}$,060
	p	,697
	N	45
D- Fim de Vida/Agonia: Respostas Corretas (3 questões)	$R_{Spearman}$,134
	p	,380
	N	45
E- Sintomas Neurológicos: Respostas Corretas (4 questões)	$R_{Spearman}$,033
	p	,831
	N	45
F- Sintomas Respiratórios: Respostas Corretas (5 questões)	$R_{Spearman}$,301*
	p	,045
	N	45
G- Dor: Respostas Corretas (8 questões)	$R_{Spearman}$,237
	p	,116
	N	45
H- Vias Administração: Respostas Corretas (2 questões)	$R_{Spearman}$,366*
	p	,013
	N	45
Total do questionário (40 questões)	$R_{Spearman}$,156
	p	,305
	N	45
(* significativo para $p \leq 0,05$; ** significativo para $p \leq 0,01$)		

Existem correlações significativas positivas entre o nível de formação em CP e os conhecimentos na dimensão filosofia de CP ($R=0,358$, $p=0,016$), os conhecimentos na dimensão sintomas respiratórios ($R=0,301$, $p=0,045$) e na dimensão vias administração ($R=0,366$, $p=0,013$): quanto maior o nível de formação dos enfermeiros maiores os conhecimentos nestas dimensões.

Tabela 15. t de *Student* para amostras independentes: Experiência em cuidados paliativos Vs conhecimentos em cuidados paliativos

	Não tem experiências em cuidados paliativos (n =170)		Tem experiência em cuidados paliativos (n=87)		t de <i>Student</i> Amostras independentes	
	Média	Desvio Padrão	Média	Desvio Padrão	t	p
A- Filosofia de Cuidados Paliativos: Total de Respostas Corretas	7,98	1,17	8,32	,79	-2,754	,006**
B- Comunicação: Respostas Corretas	3,11	,64	3,11	,69	0,067	0,946
C- Sintomas Gastrointestinais: Respostas Corretas	2,95	1,12	3,53	1,17	-3,864	0,000***
D- Fim de Vida/Agonia: Respostas Corretas	1,78	,85	2,18	,79	-3,612	0,000***
E- Sintomas Neurológicos: Respostas Corretas	2,19	1,08	2,72	1,02	-3,721	0,000***
F- Sintomas Respiratórios: Respostas Corretas	2,14	1,65	3,01	1,69	-3,970	0,000*
G- Dor: Respostas Corretas	5,15	1,64	5,73	1,78	-2,598	0,010**
H- Vias Administração: Respostas Corretas	1,26	,48	1,31	,46	-0,749	0,455
Total de Respostas Corretas	26,55	5,11	29,89	5,32	-4,862	,000***

(* significativo para $p \leq 0,05$, ** significativo para $p \leq 0,01$, *** significativo para $p \leq 0,001$)

O teste t de *Student* para amostras independentes revelou a existência de uma diferença significativa, para $p \leq 0,001$, entre enfermeiros que não tem experiência e enfermeiros que têm experiência em CP no total do questionário: quem não tem experiência acertou em média em 26,55 questões, enquanto que quem tem experiência acertou em 29,89 questões. Este teste revelou ainda diferenças significativas em 6 dimensões (A, C, D, E, F, G), revelando os enfermeiros com experiência em CP médias mais elevadas do que os que não têm experiência nesta área. Na dimensão comunicação e vias de administração não se verificaram diferenças significativas entre os dois grupos.

Tabela 16. Correlação de *Spearman*: Anos de Experiência profissional Vs conhecimentos em cuidados paliativos

		Tempo de Experiência profissional
A- Filosofia de Cuidados Paliativos: Total de Respostas Corretas (9 questões)	<i>R_{spearman}</i>	-,115
	p	,293
	N	85
B- Comunicação: Respostas Corretas (4 questões)	<i>R_{spearman}</i>	,313**
	p	,004
	N	85
C- Sintomas Gastrointestinais: Respostas Corretas (5 questões)	<i>R_{spearman}</i>	,182
	p	,096
	N	85
D- Fim de Vida/Agonia: Respostas Corretas (3 questões)	<i>R_{spearman}</i>	,057
	p	,607
	N	85
E- Sintomas Neurológicos: Respostas Corretas (4 questões)	<i>R_{spearman}</i>	,242*
	p	,025
	N	85
F- Sintomas Respiratórios: Respostas Corretas (5 questões)	<i>R_{spearman}</i>	,035
	p	,752
	N	85
G- Dor: Respostas Corretas (8 questões)	<i>R_{spearman}</i>	,209
	p	,055
	N	85
H- Vias Administração: Respostas Corretas (2 questões)	<i>R_{spearman}</i>	-,036
	p	,747
	N	85
Total do questionário (40 questões)	<i>R_{spearman}</i>	,173
	p	,112
	N	85
(* significativo para $p \leq 0,05$, ** significativo para $p \leq 0,01$)		

Existem correlações significativas positivas entre o tempo de experiência profissional e os conhecimentos ao nível comunicação ($R=0,313$, $p=0,004$) e ao nível dos sintomas neurológicos ($R=0,242$, $p=0,025$): quanto mais anos de experiência profissional dos enfermeiros maior o nível dos conhecimentos nestas dimensões.

Tabela 17. Correlação de *Spearman*: Autoavaliação dos conhecimentos em cuidados paliativos Vs conhecimentos em cuidados paliativos

		Como Classifica o seu nível de conhecimentos em Cuidados Paliativos?
A- Filosofia de Cuidados Paliativos: Total de Respostas Corretas (9 questões)	$R_{Spearman}$,148*
	p	,018
	N	255
B- Comunicação: Respostas Corretas (4 questões)	$R_{Spearman}$,169**
	p	,007
	N	255
C- Sintomas Gastrointestinais: Respostas Corretas (5 questões)	$R_{Spearman}$,272***
	p	,000
	N	255
D- Fim de Vida/Agonia: Respostas Corretas (3 questões)	$R_{Spearman}$,383***
	p	,000
	N	255
E- Sintomas Neurológicos: Respostas Corretas (4 questões)	$R_{Spearman}$,277***
	p	,000
	N	255
F- Sintomas Respiratórios: Respostas Corretas (5 questões)	$R_{Spearman}$,351***
	p	,000
	N	255
G- Dor: Respostas Corretas (8 questões)	$R_{Spearman}$,314***
	p	,000
	N	255
H- Vias Administração: Respostas Corretas (2 questões)	$R_{Spearman}$,151*
	p	,016
	N	255
Total do questionário (40 questões)	$R_{Spearman}$,450***
	p	,000
	N	255
(* significativo para $p \leq 0,05$, ** significativo para $p \leq 0,01$, *** significativo para $p \leq 0,001$)		

Existem correlações significativas positivas, entre a autoavaliação que os enfermeiros fazem relativamente aos seus conhecimentos e os conhecimentos demonstrados nas dimensões e no total do questionário. A correlação com o total do questionário é uma correlação moderada ($R=0,450$) e com as dimensões dos questionários as correlações oscilam entre 0,151 e 0,383.

Tabela 18. Correlação de *Spearman*: Opinião sobre o papel do enfermeiro em cuidados paliativos Vs conhecimentos em cuidados paliativos

		Como Classifica o papel do Enfermeiro em Cuidados Paliativos?
A- Filosofia de Cuidados Paliativos: Total de Respostas Corretas (9 questões)	$R_{Spearman}$	-,013
	p	,831
	N	255
B- Comunicação: Respostas Corretas (4 questões)	$R_{Spearman}$,095
	p	,131
	N	255
C- Sintomas Gastrointestinais: Respostas Corretas (5 questões)	$R_{Spearman}$,005
	p	,942
	N	255
D- Fim de Vida/Agonia: Respostas Corretas (3 questões)	$R_{Spearman}$,164**
	p	,009
	N	255
E- Sintomas Neurológicos: Respostas Corretas (4 questões)	$R_{Spearman}$,061
	p	,329
	N	255
F- Sintomas Respiratórios: Respostas Corretas (5 questões)	$R_{Spearman}$,009
	p	,883
	N	255
G- Dor: Respostas Corretas (8 questões)	$R_{Spearman}$,071
	p	,260
	N	255
H- Vias Administração: Respostas Corretas (2 questões)	$R_{Spearman}$,005
	p	,939
	N	255
Total do questionário (40 questões)	$R_{Spearman}$,084
	p	,179
	N	255
(** significativo para $p \leq 0,01$)		

Existe uma correlação significativa positiva baixa entre a opinião sobre o papel do enfermeiro nos CP e a dimensão fim de vida/agonia ($R=0,164$, $p=0,009$): existe a tendência para quanto maior a importância dada ao papel do enfermeiro nos CP maiores os conhecimentos nesta dimensão.

Tabela 19. t de *Student* para amostras independentes: Local de Trabalho Vs conhecimentos em cuidados paliativos

	Local de trabalho : Hospital (n =110)		Local de trabalho : Centro de Saúde (n=88)		t de <i>Student</i> Amostras independentes	
	Média	Desvio Padrão	Média	Desvio Padrão	t	p
A- Filosofia de Cuidados Paliativos: Total de Respostas Corretas	8,09	1,08	7,99	1,12	-0,652	0,515
B- Comunicação: Respostas Corretas	3,05	,61	3,17	,68	1,341	0,181
C- Sintomas Gastrointestinais: Respostas Corretas	3,21	1,13	3,07	1,23	-0,840	0,402
D- Fim de Vida/Agonia: Respostas Corretas	1,95	,91	1,85	,86	-0,802	0,424
E- Sintomas Neurológicos: Respostas Corretas	2,37	1,12	2,33	1,10	-0,272	0,786
F- Sintomas Respiratórios: Respostas Corretas	2,99	1,59	2,09	1,69	-3,855	0,000***
G- Dor: Respostas Corretas	5,55	1,61	5,33	1,79	-0,932	0,353
H- Vias Administração: Respostas Corretas	1,26	,48	1,23	,45	-0,544	0,587
Total de Respostas Corretas	28,48	5,16	27,06	5,91	-1,810	0,072

(*** *significativo para $p \leq 0,001$*)

Foram-se comparar os grupos que ao nível da variável do local de trabalho tinham n's mais elevados, compararam-se assim os enfermeiros que trabalham em contexto hospitalar e os enfermeiros que trabalham em centros de saúde. O teste t de *Student* revelou uma diferença significativa para $p \leq 0,001$ entre os dois grupos na dimensão sintomas respiratórios, revelando os enfermeiros que trabalham em hospitais mais conhecimentos nesta dimensão do que os enfermeiros dos centros de saúde.

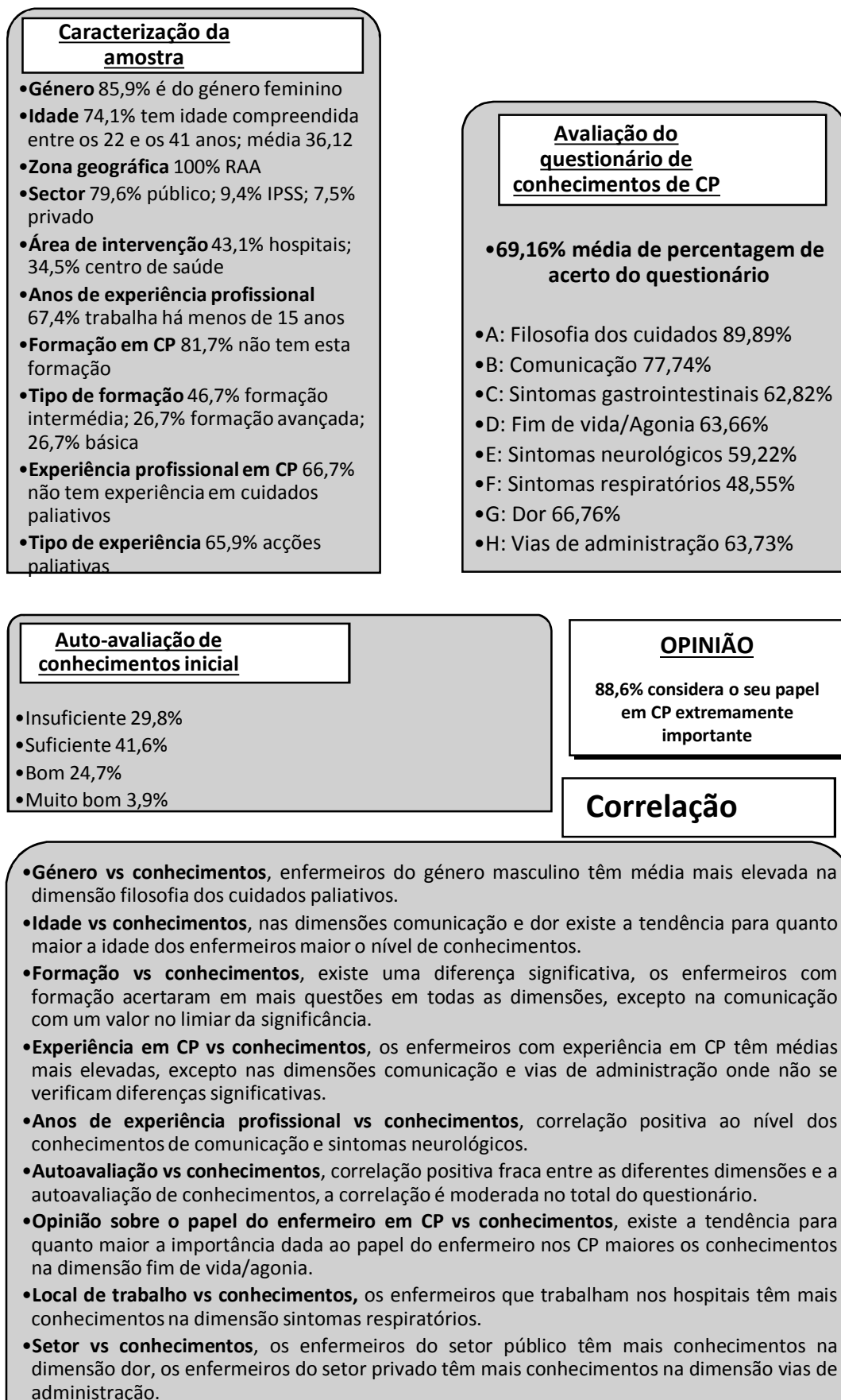
Tabela 20. ANOVA: Setor Vs Conhecimentos em cuidados paliativos

	IPSS (N=24)		Privado (N= 19)		Público (N=203)		ANOVA ONE WAY	
	\bar{X}	Dp	\bar{X}	Dp	\bar{X}	Dp	F	p
A- Filosofia de Cuidados Paliativos: Total de Respostas Corretas	8,08	,97	8,53	,84	8,03	1,10	1,828	0,163
B- Comunicação: Respostas Corretas	3,13	,61	3,16	,69	3,11	,65	0,054	0,947
C- Sintomas Gastrointestinais: Respostas Corretas	2,79	1,10	3,37	1,16	3,16	1,16	1,502	0,225
D- Fim de Vida/Agonia: Respostas Corretas	2,04	,69	1,89	,81	1,91	,86	0,267	0,766
E- Sintomas Neurológicos: Respostas Corretas	2,37	1,17	2,53	,96	2,36	1,09	0,203	0,816
F- Sintomas Respiratórios: Respostas Corretas	1,92	1,74	2,00	1,83	2,49	1,70	1,771	0,172
G- Dor: Respostas Corretas	4,75	1,65	4,79	1,72	5,49	1,68	3,261	0,040*
H- Vias Administração: Respostas Corretas	1,25	,44	1,58	,51	1,24	,46	4,795	0,009**
Total de Respostas Corretas	26,33	4,50	27,84	5,48	27,79	5,52	0,866	0,422

(* significativo para $p \leq 0,05$ ** significativo para $p \leq 0,01$)

Embora a maioria dos enfermeiros trabalhem no setor público, foi-se comparar este grupo de enfermeiros com os grupos que trabalham em IPSS e no setor privado. Apesar da discrepância na dimensão da amostra destes últimos dois grupos em relação ao grupo do setor público, encontraram-se diferenças significativas entre os enfermeiros do público comparativamente com os outros dois grupos nos conhecimentos relativos à dor, revelando os enfermeiros do setor público mais conhecimentos nesta área. Na dimensão vias de administração foram os enfermeiros do setor privado que revelaram mais conhecimentos comparativamente com os outros dois grupos, sendo esta diferença significativa para $p \leq 0,05$.

Figura 2. Apresentação gráfica resumo dos principais resultados do estudo



4. Limitações do estudo

O instrumento de colheita de dados utilizado foi desenvolvido tendo por base uma revisão da literatura, e revelou-se de aplicabilidade e compreensão fácil. Porém, considera-se necessário desenvolver nova pesquisa aplicando este questionário numa amostra mais alargada, e caso se considere pertinente proceder ao seu aperfeiçoamento e validação, potencializando a sua utilização como instrumento prático para o diagnóstico e avaliação de necessidades formativas no âmbito dos CP, e até mesmo como, instrumento de avaliação da efetividade dos programas formativos em CP.

Considera-se portanto que a principal limitação deste estudo é a necessidade de validação do instrumento de colheita de dados.

Contudo, apesar da limitação apontada, as conclusões deste estudo poderão ser utilizadas como ponto de partida para a reflexão sobre o planeamento da formação dirigida aos enfermeiros da RAA, de forma a melhorar a qualidade dos cuidados prestados.

PARTE III – FASE EMPÍRICA

1. Discussão

Qual o grau de conhecimentos sobre CP dos enfermeiros da RAA?

Estudos internacionais realizados em diferentes contextos com o objetivo de avaliar o grau de conhecimentos dos enfermeiros, indicam que os enfermeiros possuem um nível de conhecimentos entre “insuficiente a moderado” sobre CP.

A aplicação do questionário *Palliative Care Knowledge Test*, constituído por 20 questões divididas em cinco dimensões: filosofia, dor, dispneia, problemas psiquiátricos e problemas gastrointestinais, num estudo realizado com enfermeiros na Índia, obtém uma percentagem média de acerto de 35,8% (Prem *et al.*, 2012), e num outro estudo realizado no Japão obtém 20%. (Sato *et al.*, 2014)

O *Palliative Care Quiz for Nursing* que consiste em 20 questões divididas por três dimensões: filosofia e princípios de CP, controlo da dor e outros sintomas, e aspectos psicossociais e espirituais, num estudo realizado no Irão, obtém uma média de acerto de 30%. (Iranmanesh *et al.*, 2013) O mesmo questionário aplicado na Jordânia, revela que os enfermeiros têm conhecimentos insuficientes nas três dimensões. (Qaride, 2014) E em Espanha, os resultados globais do questionário demonstram uma percentagem de acerto de 54%. (Sierra *et al.*, 2017)

Um outro estudo realizado na Palestina, onde é aplicado um questionário desenvolvido e validado pelos investigadores, dividido em duas secções: avaliação dos conhecimentos e avaliação das atitudes face aos CP, conclui que 45,8% dos enfermeiros têm poucos conhecimentos ($\leq 50\%$) sobre CP. (Ayed *et al.*, 2015)

A avaliação da dimensão: conhecimentos dos enfermeiros sobre cuidar de familiares de doentes em fase terminal, através da aplicação de um questionário desenvolvido e validado pelos investigadores, revela que os enfermeiros iranianos têm uma avaliação média de conhecimentos de 61,06% nesta dimensão do cuidar, correspondente a conhecimentos moderados. (Abdollahimohammad *et al.*, 2016)

Todos os estudos anteriormente referidos, apresentam como justificação para os valores obtidos a falta de formação e de experiência dos enfermeiros no âmbito dos CP.

Contrariamente aos estudos internacionais, o presente estudo demonstra que o nível de conhecimentos dos enfermeiros da RAA sobre CP é considerado suficiente, com uma média de respostas corretas superior: 69,16%, sendo o melhor resultado 89,89% alcançado na dimensão filosofia dos CP, e o pior resultado 48,55% na dimensão sintomas respiratórios.

Numa amostra onde a maioria dos enfermeiros, 66,4%, trabalha há menos de 15 anos, esta pontuação tendencialmente superior poderá ser explicada pelo facto da formação pré-graduada em enfermagem nas escolas na RAA ter prevista desde há dez anos uma unidade curricular e de ensino clínico no âmbito dos CP, abrangendo provavelmente muitos dos enfermeiros inquiridos.

De seguida analisam-se globalmente os resultados das dimensões do questionário com maior e menor percentagem de acerto, e a sua relação com a formação e a experiência dos enfermeiros da RAA em CP.

No estudo japonês já antes enunciado (Sato *et al.*, 2014), a maior percentagem de acerto é na dimensão filosofia de CP, e a menor percentagem de acerto nas dimensões controlo de sintomas, sendo estes resultados associadas aos enfermeiros com menos experiência em cuidar de doentes com cancro em estadios terminais e com menos formação pós-graduada em CP.

Resultados idênticos encontram-se nos enfermeiros da RAA, onde o melhor resultado alcançado é na dimensão filosofia dos CP e o pior resultado na dimensão sintomas respiratórios, numa amostra onde maioria refere não ter formação em CP pós-graduada (81,7%), nem experiência nesta área (66,7%).

Também, o estudo iraniano, onde é aplicado o *Palliative Care Quiz for Nursing*, a enfermeiros em contexto de serviços oncológicos e cuidados intensivos, e onde 78,5% refere não ter formação em CP, demonstra que a dimensão com maior percentagem de acerto é o controlo da dor e outros sintomas (46,07%), correlacionado com o tempo de experiência dos enfermeiros em cuidar de um familiar doente em fase terminal. (Iranmanesh *et al.*, 2013)

Importa de igual modo, analisar especificamente as questões do questionário aplicado aos enfermeiros da RAA com menores percentagens de acerto, que demonstram a necessidade de aprofundamento formativo nas dimensão controlo de sintomas, dor, agonia e comunicação:

1. “Os corticosteróides podem melhorar o apetite nos doentes com cancro em fase avançada.”, apenas 23,1% respondem corretamente que afirmação é verdadeira.
2. “A via de eleição para administração de terapêutica é a via oral.”, apenas 29% respondem corretamente que a afirmação é verdadeira.
3. “Os doentes deveriam ser sempre informados de forma clara sobre a morte iminente.”, apenas 29% respondem corretamente que a afirmação é falsa.
4. “A oxigenoterapia é o tratamento mais apropriado para se iniciar em casos de dispneia em fase terminal.”, apenas 34,9% respondem corretamente que a afirmação é falsa.

5. “O uso prolongado de opióides causa frequentemente adição.”, apenas 36,9% respondem corretamente que a afirmação é falsa.
6. “Quando a hidratação artificial é retirada, o doente poderá ter mais sintomas na fase de agonia/final.”, apenas 37,6% respondem corretamente que a afirmação é falsa.

Assim, evidencia-se a necessidade regional de mais formação pós-graduada nomeadamente, na área de controlo de sintomas, associada à necessidade de mais experiência/formação prática em contexto de unidades e equipas de CP.

Esta associação encontra-se também patente no estudo realizado na Arábia Saudita, onde a aplicação do *Palliative Care Quiz for Nursing* a 395 enfermeiros de 19 nacionalidades diferentes, conclui que o nível de conhecimentos e atitude sobre CP dos enfermeiros, resultam da formação (pré e pós-graduada), do nível de integração dos CP no serviço de saúde e das oportunidades de formação continua do seu país. Sendo que, dos três fatores apontados, o que mais significativamente contribui para o nível de conhecimentos dos enfermeiros, é o nível de integração de CP nos serviços de saúde do seu país. (Abudari *et al.*, 2014)

Este ponto de vista é corroborado por outros estudos realizados, que apontam para um melhor nível de conhecimentos dos enfermeiros que têm formação e experiência em CP. (Abudari *et al.*, 2014; Ayed *et al.*, 2015; Sato *et al.*, 2014; Sierra *et al.*, 2017)

Nos enfermeiros da RAA observa-se mais uma vez, esta correlação entre a formação, a experiência e o nível dos conhecimentos em CP.

Assim, os enfermeiros da RAA com formação acertam em mais questões em todas as dimensões do questionário, excepto na comunicação com um valor no limiar da significância. E, particularmente, observa-se que quanto maior o seu nível de formação em CP mais conhecimentos têm nas seguintes dimensões: filosofia de CP, sintomas respiratórios e vias de administração.

Verifica-se ainda que, os enfermeiros da RAA com experiência em CP têm uma média mais elevada de respostas certas no questionário, nomeadamente nas dimensões: sintomas gastrointestinais, fim de vida/agonia, sintomas neurológicos, sintomas respiratórios e dor.

Portanto, a formação e a experiência em CP dos enfermeiros da RAA reflete-se positivamente no seu nível de conhecimentos, especialmente no âmbito do controlo de sintomas.

Todavia, no estudo realizado na Jordânia, não se constata diferenças significativas de resultados entre enfermeiros com e sem formação em CP, justificado pelo autor pela baixa representatividade do número de enfermeiros com formação, 26% do total da amostra. (Qadire, 2014) Pensa-se contudo, que estes resultados, podem estar associados ao baixo nível de integração de CP nos serviços de saúde da Jordânia, que segundo o autor estão pouco organizados, e limitados a zonas geográficas específicas

da capital, Amman, o que condiciona o desenvolvimento de conhecimentos e experiência em CP dos enfermeiros.

Sob outra perspectiva, a dos enfermeiros da RAA, aprecia-se a sua autoavaliação de conhecimento sobre CP.

Apesar da maioria referir não ter formação em CP, nem experiência nesta área, apenas 29,8% dos enfermeiros da RAA consideram insuficientes os conhecimentos que têm em CP. Contrariamente, ao que é descrito no estudo alemão, onde a maioria dos enfermeiros que trabalham em centros de oncologia, e que cuidam de doentes com necessidade de CP enunciam a necessidade de mais formação básica em CP, treino de competências comunicacionais e de apoio ao cuidador. (Jors *et al.*, 2015)

Contrapondo-se esta autoavaliação com os resultados do questionário da avaliação de conhecimentos dos enfermeiros da RAA em CP, constata-se que existem correlações positivas fracas entre a autoavaliação que os enfermeiros fazem relativamente aos seus conhecimentos e os conhecimentos demonstrados nas dimensões do questionário (oscilam entre 0,151 e 0,383). Sendo a correlação entre a autoavaliação de conhecimentos e o total do questionário uma correlação moderada ($R=0,450$). Conclui-se que os enfermeiros da RAA sobrevalorizam os seus conhecimentos em CP, provavelmente, pela sua falta de experiência orientada nesta área, associada a algum desinteresse, 30% dos inquiridos que não têm formação em CP refere que é por falta de interesse.

Revelam porém, alguma consciencialização do seu nível de conhecimentos, quando no final do questionário é novamente solicitada uma autoavaliação. Depois de responderem ao questionário verifica-se um aumento de cerca de 9,8% no número de enfermeiros que consideram os seus conhecimentos em CP insuficientes (passou de 29,8% no início do questionário para 39,6% no fim do questionário).

Neste estudo explora-se ainda de que forma as variáveis: idade, género, anos de experiência profissional, setor (público/privado e IPSS), e local de trabalho (hospital/centro de saúde), se relacionam com o nível de conhecimentos sobre CP dos enfermeiros da RAA.

Assim, no que diz respeito à idade dos enfermeiros, observa-se a tendência de quanto maior a idade dos enfermeiros da RAA, maior o nível de conhecimentos nas dimensões: comunicação e dor. De igual forma, os enfermeiros com mais experiência profissional demonstram ter mais conhecimentos na dimensão comunicação e sintomas neurológicos. Provavelmente, explicado pelo maior número de anos de prática associada, que possibilita o desenvolvimento de competências de diagnóstico e de comunicação. O estudo realizado na Arábia Saudita faz referência ao facto da idade influenciar positivamente o nível de conhecimentos e a atitude dos enfermeiros sobre

os CP, concluindo que o grupo de enfermeiros com mais de 40 anos tem melhores pontuações na escala de atitudes. (Abudari *et al.*, 2014)

No respeitante ao género, na RAA observa-se uma diferença significativa, entre enfermeiros do género masculino e feminino no número de respostas corretas na dimensão filosofia dos CP, revelando os enfermeiros do género masculino uma média mais elevada. Considera-se que seria importante realizar uma análise comparativa entre géneros relativamente à atitude sobre cuidar de doentes com necessidade de CP, de forma a compreender melhor esta diferença. No entanto, no estudo realizado na Índia, não se observam diferenças estatisticamente significativas entre o nível de conhecimentos dos enfermeiros e das enfermeiras. (Prem *et al.*, 2012)

Apesar da discrepância da dimensão da amostra de enfermeiros da RAA que trabalham em IPSS e no setor privado em relação aos que trabalham no setor público, comparam-se os dois grupos, tendo em conta que, na RAA as IPSS com enfermeiros contratados são na sua maioria Lares e Casas de Saúde, e as instituições do setor privado uma clínica com internamento de longa duração e um Lar privado.

Um estudo realizado na Alemanha, descreve que os conhecimentos sobre CP em enfermeiros que trabalham em Lares é baixo, média de 52,8% de respostas corretas no teste de avaliação de conhecimentos teóricos o BTW-Bonn *Palliative Care Knowledge Test*. (Pfister *et al.*, 2012) Conclusões corroboradas também com a aplicação do *Palliative Care Survey* designadamente, na avaliação de conhecimentos na dimensão fim de vida, onde se obtêm as pontuações mais baixas, pensando-se que este facto é uma barreira para a prestação de CP com qualidade aos idosos institucionalizados. (Unreo *et al.*, 2015)

Não obstante, na RAA não se verificam diferenças significativas na média global de respostas corretas dos enfermeiros que trabalham em IPSS (26,33), no setor privado (27,84) e no setor público (27,79).

Mas ao analisar as dimensões do questionário, encontram-se diferenças significativas entre os enfermeiros que trabalham no setor público comparativamente com os enfermeiros que trabalham no setor privado e em IPSS, no que concerne aos conhecimentos relativos à dor, os enfermeiros do setor público demonstram mais conhecimentos. Sendo este facto, talvez, o reflexo do maior apoio especializado que os profissionais do setor público (hospital e centros de saúde) dispõem. E contrariamente, na dimensão vias de administração são os enfermeiros do setor privado que revelam mais conhecimentos comparativamente com os outros dois grupos, talvez por terem uma prática menos centrada no modelo biomédico e na técnica, com uma abordagem mais holística e menos invasiva, do que a que se observa em meio hospitalar. Resultados semelhantes são encontrados no estudo realizado, através da aplicação do

Palliative Care Survey, onde o recurso a tratamentos agressivos em idosos institucionalizados em Lares, em fase terminal é pouco provável. (Unreo *et al.*, 2015)

Considera-se no entanto, não ser possível generalizar estas conclusões, dada a discrepância da amostra de enfermeiros da RAA que trabalham em IPSS e no setor privado em relação aos que trabalham no setor público.

Compara-se também, o nível de conhecimentos dos enfermeiros que trabalham nos hospitais da RAA e dos enfermeiros que trabalham nos centros de saúde, a média global de respostas corretas dos enfermeiros que trabalham nos hospitais é 28,48 e a dos enfermeiros que trabalham nos centros de saúde é 27,06. Uma diferença pouco significativa explicada, possivelmente, pelo facto de que dada a descontinuidade territorial, e a dificuldade de acesso aos três hospitais, a maioria dos centros de saúde (13 em 17) das nove ilhas da RAA dispõem de valências de internamento, unidades de CCI e serviços de urgência, aproximando a prática e as experiências de aprendizagem dos enfermeiros de cuidados de saúde primários e do hospital. Não obstante, na dimensão sintomas respiratórios, os enfermeiros que trabalham nos hospitais revelam mais conhecimentos nesta dimensão do que os enfermeiros dos centros de saúde, eventualmente pela existência de apoio especializado nesta área nos hospitais.

Qual a importância que o enfermeiro da RAA atribuí ao seu papel nos CP?

O enfermeiro encontra-se numa situação privilegiada relativamente aos CP, pois acompanha os doentes nas 24 horas do dia. (*International Council of Nurses*, citado por APCP, 2006, p.iv) Contudo, para desempenhar plenamente o seu papel nos CP, tem que ir além das rotinas, confiar na sua intuição e ser guiado por um sentimento da situação, fortemente entrelaçado com competências profissionais orientadas para as pessoas. (Sekse *et al.*, 2017)

No estudo realizado no Irão, o autor afirma que a falta de conhecimento dos enfermeiros em CP associada a uma atitude negativa face à prestação de cuidados resultará na má prática de CP. Nesse mesmo estudo, o autor conclui que a maioria dos enfermeiros, 81%, tem uma atitude positiva relativamente ao cuidar de doentes terminais e conhecimentos moderados sobre esta dimensão do cuidar. (Abdollahimohammad *et al.*, 2016) Afirmação corroborada pelo estudo palestiano, onde apenas 6,2% dos enfermeiros demonstram uma atitude positiva relativa CP ($\geq 75\%$), numa amostra onde há uma minoria de enfermeiros, 20,8%, com um bom nível de conhecimentos ($\geq 76\%$). (Ayed *et al.*, 2015)

Analisa-se também, a opinião dos enfermeiros da RAA relativamente ao seu papel nos CP, e verifica-se que a maioria, 88,6%, classifica de extremamente importante o seu papel nesta área, existindo a tendência para quanto maior a importância dada ao papel do enfermeiro nos CP, maiores os conhecimentos na dimensão fim de vida/agonia. Factos que indicam existir uma atitude positiva dos enfermeiros da RAA

relativamente ao cuidar de doentes terminais. Apesar da baixa representatividade de enfermeiros portugueses, enuncia-se o resultado semelhante observado no estudo realizado na Arábia Saudita, onde os dois enfermeiros portugueses participantes têm a melhor pontuação na avaliação de atitude sobre CP, 133/150, através da aplicação da escala *Frommelt Attitudes Toward Care of the Dying*. (Abudari *et al.*, 2014)

2.Conclusão

O contexto da RAA, o contexto da profissão de enfermagem, a formação em CP e os resultados

Este estudo com uma amostra representativa dos enfermeiros da RAA revela que o seu nível de conhecimentos em CP é suficiente.

Comparativamente, com os estudos internacionais os enfermeiros dos açores têm uma média de percentagem de acerto no questionário de CP superior a enfermeiros de outros países. Pensa-se que este facto resultará essencialmente do esforço formativo das duas Escolas Superiores de Enfermagem da RAA na formação de nível básico, e do empenho pessoal dos enfermeiros, em conjugação com outras ações formativas desenvolvidas na região.

Assim, e contrariamente a outros estudos publicados, observa-se que também os enfermeiros que trabalham em IPSS, Lares, e sector privado, têm uma média de percentagem de acerto no questionário de CP superior.

Corroborando a evidência publicada, neste estudo também se observa que os enfermeiros da RAA com mais formação e experiência em CP têm melhores resultados/ melhores conhecimentos.

Observa-se ainda que os enfermeiros da RAA demonstram ter uma atitude positiva relativamente ao cuidar de doentes terminais.

Evidencia-se portanto que os enfermeiros da RAA têm reunidas duas das premissas para a prestação de cuidados de qualidade: formação e atitude positiva face à prestação de CP.

Num contexto regional onde existe formação pré-graduada em CP e onde se inicia a organização de equipas comunitárias e unidades de CP, considera-se que a formação e a aquisição de experiência prática serão determinantes na qualidade dos CP prestados.

O facto de estar previsto para breve o reconhecimento da especialidade de enfermagem em CP poderá encaminhar alguns enfermeiros para a formação avançada.

Paralelamente, e para que o investimento formativo possa resultar no efetivo desenvolvimento de equipas que praticam CP de qualidade, é fundamental implementar uma política de saúde que cativa os enfermeiros para a prática especializada, e que os mantenha nesta, atribuindo-lhes o reconhecimento, o tempo de dedicação e os recursos necessários.

Análise das necessidades formativas, análise discriminatória nível básico/avançada

Conclui-se da análise dos resultados que a prioridade formativa em CP nível básico na RAA deverá ser para os enfermeiros:

1. sem formação nesta área
2. com menos anos de experiência profissional
3. com menos experiência em CP
4. a trabalharem em IPSS e no setor privado

No que concerne aos temas de formação em CP nível básico, tendo em conta a menor percentagem de acerto nas respostas priorizam-se:

1. sintomas respiratórios
2. sintomas neurológicos
3. os sintomas gastrointestinais
4. fim de vida/agonia
5. vias de administração
6. dor

Reflectindo sobre os resultados do presente estudo, no que diz respeito à formação avançada em CP, havendo na RAA formação pré-graduada com resultados satisfatórios, considera-se que o esforço formativo deverá ser orientado para este nível seguinte de formação. Sendo que, a formação avançada fará sentido para os enfermeiros em contexto de prática integrada em equipas e unidades de CP, e incorporada num modelo de desenvolvimento profissional reconhecido.

Ainda no contexto de prática integrada de CP, considerando a realidade arquipelágica, e tendo em conta os resultados positivos encontrados na literatura (Levine *et al.*, 2017), é pertinente equacionar programas formativos regionais, orientados para o treino das equipa multidisciplinares de CP em rede, de forma a construir uma rede regional de apoio duradoura.

No futuro, pensa-se que as conclusões deste estudo poderão ser utilizadas como ponto de partida para a reflexão sobre o planeamento da formação dirigida aos enfermeiros RAA.

Simultâneamente, considera-se importante investigação futura com o objetivo de validação do questionário utilizado neste estudo, e eventualmente, a sua aplicabilidade a outros grupos de profissionais da área de saúde para diagnóstico do nível de conhecimentos em CP.

3.Referências bibliográficas

3.1.Pesquisa bibliográfica

Para avaliar as necessidades de formação dos enfermeiros em cuidados paliativos e definir o instrumento de colheita de dados foi realizada uma pesquisa na base de dados *Pubmed*, a 18.08.2015 utilizando a seguinte *clinical query*: (“*knowledge*” [Mesh] AND “*health personnel*” [Mesh] AND “*palliative care*” [Mesh]), utilizaram-se os seguintes filtros: últimos 5 anos, artigos escritos em português, inglês e espanhol. Tendo-se obtido 313 artigos.

Em agosto de 2017, foi realizada uma segunda pesquisa na base de dados *Pubmed*, a 10.08.2017 utilizando a seguinte *clinical query*: (“*knowledge*” [Mesh] AND “*health personnel*” [Mesh] AND “*palliative care*” [Mesh]), utilizaram-se os seguintes filtros: últimos 5 anos, artigos escritos em português, inglês e espanhol. Tendo-se obtido 413 artigos. A primeira selecção dos artigos foi realizada por título, a segunda pelo resumo e a terceira e última pela leitura dos artigos. Foram analisados 83 artigos.

Foram ainda seleccionados artigos das referências bibliográficas, relatórios, livros de texto, bibliografia cedida durante as aulas do curso de mestrado.

Em maio de 2018, foi realizada uma terceira pesquisa com o descritivo inicial, para o período de agosto a maio de 2018 e obtiveram-se zero resultados.

Fez-se então uma nova pesquisa tendo por base o o artigo considerado mais significativo para a discussão deste estudo: Sato, K., *et al.* (2014). A Japanese Region-Wide Survey of the Knowledge, Difficulties and Self- Reported Palliative Care Practices Among Nurses, diferindo os seguintes descritores da pesquisa inicial “*health knowledge*” [Mesh] AND “*nurses*” [Mesh], e utilizaram-se os seguintes filtros: últimos 5 anos, artigos escritos em português, inglês e espanhol. Tendo-se obtido 12 artigos. Destes foram analisados três artigos.

3.2.Referências bibliográficas

Abdollahimohammad, A., Firouzkouhi, M., Amrollahimishvan, F., Alimohammadi (2016). Nurses versus physicians knowledge, attitude, and performance on care for the family members of dying patients. *Korean Journal of Medical Education*, 28, 79-85.

Abudari, G., Zahreddine, H., Hazeim, H., Assi, M., Emara, S. (2014). Knowledge of and attitudes towards palliative care among multinational nurses in Saudi Arabia. *International Journal of Palliative Nursing*, 20 (9), 435-441.

Aslakson, R.A., Wyskiel, R., Thornton, I., Copley, C., Shaffer, D., Zyra, M., Nelson, J., Provonost, P.J. (2012). Nurse-perceived barriers to effective communication

regarding prognosis and optimal end-of-life care for surgical ICU patients: a qualitative exploration. *Journal of Palliative Medicine*, 15(8), 910-915.

Ayed A., Sayej S., Harazneh L., Fashafsheh I., Eqtait F. (2015). The Nurses's knowledge and Attitudes towards the Palliative Care. *Journal of Education and Practice*, 6 (4), 91-99.

Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos (2006). *Formação de Enfermeiros em Cuidados Paliativos. Recomendações da APCP*. Disponível em <http://www.apcp.com.pt/download-recomendaes-formaemcp-apcp.pdf>.

Comissão Nacional de Cuidados Paliativos (2016). *Plano estratégico para o desenvolvimento dos cuidados paliativos – biénio 2017-2018*. Disponível em https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2016/09/Plano-Estrat%C3%A9gico-CP_2017-2018-1-1.pdf

Comissão Nacional de Cuidados Paliativos (2016). *Proposta de formação pré-graduada em enfermagem sobre cuidados paliativos*. Disponível em https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/08/2-Forma%C3%A7%C3%A3o-Pr%C3%A9-Graduada-Enfermagem_Proposta-CNCP_0708217.pdf

Council of Europe (2003). Recommendation Rec(2003)24 of the Committee of Ministers to member states on the organisation of palliative care. Disponível em <https://wcd.coe.int/ViewDoc.jsp?id=85719>

Diário da República, n.º157, 2015. Plano de estudos Escola de Enfermagem Angra do Heroísmo. Disponível em <https://dre.pt/application/file/70006679>

Diário da República, n.º157, 2015. Plano de estudos Escola de Enfermagem Ponta Delgada. Disponível em <https://dre.pt/application/file/70006679>

Decreto Legislativo Regional 16/2008/A. Rede de Cuidados Continuados Integrados da Região Autónoma dos Açores.

Despacho n.º 198/2015 de 26 janeiro. Criação das unidades de internamento média duração e reabilitação e unidades de longa duração e manutenção, unidades de cuidados paliativos e equipas da rede regional de cuidados continuados integrados.

Estrutura de Missão para a Rede Regional de Cuidados Continuados Integrados (2014). *Organização dos Cuidados Paliativos na Região Autónoma dos Açores*. Disponível em RRCCI.azores.gov.pt: <http://www.azores.gov.pt/NR/rdonlyres/FOF5D95D-6670-4D3E-A37D-50D974871427/1092176/LPRAAcopyp copia.pdf>

Estrutura de Missão para a Rede Regional de Cuidados Continuados Integrados (2016). *Balanço de atividades Estrutura de Missão RRCCI 2013-2016*. Disponível em RRCCI.azores.gov.pt:

<http://www.azores.gov.pt/Gra/Rede+Regional+cuidados+continuados+integrados/menu/principal/sobre/Instrumentos+de+gestão.htm>

European Association for Palliative Care (2004). *A Guide for the Development of Palliative Nurse Education in Europe*. Disponível em <http://www.eapcnet.eu/LinkClick.aspx?fileticket=e9InEa7YZDM%3D>

European Association for Palliative Care EAPC (2013). Competências centrais em cuidados paliativos: Um Guia Orientados da EAPC sobre Educação em Cuidados Paliativos-parte 1. *European Journal of Palliative Care*, 20 (2).

European Association for Palliative Care EAPC (2013). Competências centrais em cuidados paliativos: Um Guia Orientados da EAPC sobre Educação em Cuidados Paliativos-parte 2. *European Journal of Palliative Care*, 20 (3).

European Association for Palliative Care. *Palliative Care-A Human Right, Carta de Praga*. Disponível em <http://www.avaaz.org/en/petition/The-Prague-Charter-Relieving-suffering>

Gama, G., Barbosa, F., Vieira, M. (2012). Factors influencing nurse's attitudes toward death. *International Journal of Palliative Nursing*, 18, 267-273.

Iramanesh, S., Razban, F., Tirgari, B., Zahra, G. (2013). Nurse's Knowledge about palliative care in Southeast Iran. *Palliative and Supportive Care, Cambridge University Press*, 1-8.

Jors, K., Seibel, K., Bardenheuer, H., Buchheidt, D., Mayer-Steinacker, R., Viehrig, M., Xander, C., Becker, G. (2015). Education in End-of-Life Care: What do Experienced Professionals Find Important?. *Journal Cancer Education*.

Kline, R. (1998). *Principles and practice of SEM*. New York: The Guilford Press.

Lei de Bases de Cuidados Paliativos – Lei nº 52/2012, de 5 de setembro.

Levine, S., O'Mahony, S., Baron, A., Ansari, A., Deamant, C., Frader, J., Leyva, I., Marschke, M., Preodor, M. (2017). Training the Workforce: Description of a Longitudinal Interdisciplinary Education and Mentoring Program in Palliative Care. *Journal of Pain and Symptom Management*, 4, 728-737.

Lopes, S.A., (2013). *Cuidados paliativos: conhecimentos dos estudantes de licenciatura em enfermagem*. Disponível em <http://repositório:ipv.pt/handle/10400.19/1999>

Martins Pereira, S., Madureira, A.J., Hernández-Marrero, P. (2016). Os cuidados paliativos na formação conducente ao exercício de profissões na área da saúde em Portugal. Apresentação realizada na sessão de apresentação oficial do observatório português dos cuidados paliativos, Lisboa, 27-01-2016. Disponível em <http://www.ics.lisboa.ucp.pt/resources/Documentos/Observatorio/Os%20CP%20na%20Forma%C3%A7%C3%A3o%20Pr%C3%A9-Graduada%20em%20Sa%C3%BAde.pdf>

McIlfratrick, S., Mawhinney, A., Gilmour, F. (2010). Assessing the educational needs of palliative care link nurses. *International Journal of Palliative Nursing*, 16, 555-559.

Ministério da Saúde, UMCCI (2013). *Relatório final de monitorização da implementação da Rede Nacional Cuidados Continuados Integrados*.

Nakazawa, Y., Miyashita, M., Morita, T., Umeda, M., Oyagi, Y., Ogasawara, T. (2009). The palliative care knowledge test: reliability and validity of na instrument to measure palliative care knowledge among health professionals. *Palliative Medicine*, 23 (8), 754-766.

Ordem dos Enfermeiros (2009). *RNCCI – Referencial do enfermeiro*. Disponível em <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentosoficiais/Documents/RNCCI%20-%20v.FINAL%20Referencial%20do%20Enfermeiro%20-%20Abril%202009.pdf>

Ordem dos Enfermeiros (2016). Dados estatísticos, número de enfermeiro. Disponível em http://www.ordemenfermeiros.pt/Documents/2016_dadosestatisticos_00_Nacionais.pdf

Pfister, D., Markett, S., Muller, M., Muller, S., Grutzner, F., Rolke, R., Kern, M., Scmidt-Wolf, G., Radbruch, L. (2012). German nursing home professionals` knowledge and specific self-efficacy related to palliative care. *Journal of Palliative Medicine*, 16, 794-798.

Portaria n.º 37/2015 de 31 de março de 2015- Regulamentação do funcionamento das equipas e unidades de cuidados continuados integrados da Rede Regional de Cuidados Continuados Integrados.

Portaria n.º38/2015 de 31 de março de 2015- Regulamentação das condições e requisitos de funcionamento da Rede Regional de Cuidados Continuados Integrados.

Prem, V., Karvannan, H., Kumar, S., Karthikbabu, S., Syed, N., Sisodia, V., Jaykumar, S. (2012). Study of Nurses` Knowledge about Palliative Care: A Quantative Cross-sectional Survey. *Indian Journal of Palliative Care*, 18 (2), 122-127.

Qadire M. (2014). Nurses` Knowledge About Palliative Care A Cross-Sectional Survey. *Journal of Hospice & Palliative Nursing*, 16 (1), 1-8.

Sato, K., Inoue, Y., Ishigamori, I., Igarashi, A., Togashi, S., Kumiko, H., Miyashita, M., Sakuma, Y., Oki, J., Yoshihara, R., Eguchi, K. (2014). A Japanese Region-Wide Survey of the Knowledge, Difficulties and Self- Reported Palliative Care Practices Among Nurses. *Japanese Journal of Clinical Oncology*, 44 (8), 718-728.

Secretaria Regional da Saúde (2015). *Plano Regional de Saúde Açores 2014-2016 com extensão a 2020*. Disponível em https://www.azores.gov.pt/JO/References/2015/PRS2014-216_extensao_2020.pdf

Sekse, R., Hunskar, I., Ellingsen, S. (2017). The nurse`s role in palliative care: a qualitative meta-synteses. *Journal of clinical nursing*, 1-18.

Serviço Regional de Estatística dos Açores (2016). *Demografia 2015*. Disponível em

http://srea.azores.gov.pt/conteudos/Relatorios/lista_relatorios.aspx?392&idc=407&lang_id=1.

Sierra E., Sabater A., Lapeña-Moñux Y. (2017). Conhecimentos em cuidados paliativos dos profissionais de enfermagem de um hospital espanhol. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 25, 1-9. Disponível em

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692017000100381&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt

World Health Organization (2002). Definição Cuidados Paliativos. Disponível em <http://who.int/cancer/palliative/definition/en/>

World Health Organization (2014). *Global Atlas of Palliative care at the End of Life*.

Witkamp, F., Zuylen, L., Mass, P.J., Dijk, H., Rijt, C., Heide, A. (2013). Improving the quality of palliative and terminal care in the hospital by a network of palliative care nurse champions: the study protocol of pallTeC-H project. *BMC Health Services Research*. Disponível em

<https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6963-13-115>

Unreo, K.T., Cagle, J.C., Lane, K.A., Callahan, C.M., Miller, S.C. (2015). Nursing Home Staff Palliative Care Knowledge and Practices: Results of a Large Survey of Frontline Workers. *Journal of Pain Symptom Management*, 5, 622-629.

Zarco, L., Casas, A., Santaella, M., Avilés, A. (2012). Nivel de conocimientos del personal de salud sobre cuidados paliativos. *Revista Especialidade medica Quir*, 17, 109-114.

ANEXOS

ANEXO A. Instrumento de colheita de dados

Questionário, “CP: avaliação do conhecimento dos enfermeiros”

CUIDADOS PALIATIVOS: avaliação do conhecimento dos enfermeiros

PARTE A-CARACTERIZAÇÃO

1.Género	Feminino
	Masculino
2.Idade	
3.Zona Geográfica	Região Autónoma dos Açores
4.Sector	IPSS
	Privado
	Público
	Privado e IPSS
	Público e Privado
5.Áreas de intervenção	Hospital
	Centro de Saúde
	Lar de Idosos
	Unidade de Cuidados Continuados Integrados
	Escola/formação
	Outros
	Quais
6.Anos de experiência profissional	<5 anos
	5-10 anos
	11-15 anos
	16-20 anos
	21-25 anos
	>25 anos
7.Tem formação específica em cuidados paliativos?	Não
	Sim
8.Se sim, qual?	Básica (18-45 Horas)
	Intermédia (90-180 Horas)
	Avançada (>200 Horas; mestrado/doutoramento)
9.Se não, porquê?	Falta de tempo
	Não tem interesse pela área
	Não teve conhecimento de formações
	Pouca oferta formativa
10.Tem experiência profissional em Cuidados Paliativos?	Não
	Sim
11.Se sim, tipo:	Ações paliativas
	Equipa Comunitária em Suporte em Cuidados Paliativos
	Equipa Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos
	Unidade de Cuidados Paliativos
12.Como classifica o seu nível de conhecimentos em Cuidados Paliativos	Insuficiente
	Suficiente
	Bom
	Muito bom

PARTE B - CONCEITOS GERAIS

A) Filosofia Cuidados Paliativos	V	F	NS/NR
1. O objetivo dos Cuidados Paliativos é unicamente o tratamento da dor			
2. Os Cuidados Paliativos iniciam-se nas últimas semanas de vida			
3. Os Cuidados Paliativos e tratamentos com intuito curativo podem ser administrados simultaneamente			
4. Os Cuidados Paliativos incluem apoio espiritual			
5. Os Cuidados Paliativos incluem cuidados aos familiares/cuidadores do doente			
6. Proporcionar cuidados terminais ou acesso a centros de Cuidados Paliativos é retirar toda a esperança do doente			
7. Os Cuidados Paliativos só devem ser prestados a doentes cujo tratamento curativo já não é possível			
8. A melhor forma de trabalhar com doentes com necessidades paliativas é em equipa interdisciplinar			
9. Os Cuidados Paliativos mantêm-se, após a morte do doente, na assistência à família durante o luto			

B) Comunicação	V	F	NS/NR
1. Os doentes deveriam ser sempre informados de forma clara sobre a morte iminente			
2. A comunicação também funciona como estratégia terapêutica de intervenção no sofrimento e no controlo de sintomas			
3. Na transmissão de más notícias ao doente e família devem encobrir-se informações, factos e sentimentos			
4. Em Cuidados Paliativos preconiza-se a conspiração do silêncio			

C) Sintomas Gastrointestinais	V	F	NS/NR
1. Quando a obstipação provocada por opióides estiver tratada, os laxantes podem ser suspensos			
2. Na fase paliativa da doença, a xerostomia pode ser aliviada com pastilhas elásticas/rebuçados, infusões frias e saliva artificial			
3. Em doentes oncológicos, é necessário um aporte calórico superior na fase terminal da doença, em comparação com fases iniciais			
4. Os corticosteróides podem melhorar o apetite nos doentes com cancro em fase avançada			
5. Náuseas, vómitos e dispneia não são sintomas frequentes em Cuidados Paliativos			

D) Fim-de-vida/ Agonia	V	F	NS/NR
1. Alguns doentes em fim de vida irão necessitar de sedação contínua para alívio do sofrimento			
2. Quando a hidratação artificial é retirada, o doente poderá ter mais sintomas na fase de agonia/final			
3. Quando se inicia a sedação paliativa, o tratamento da dor pode ser suspenso			

E) Sintomas Neurológicos	V	F	NS/NR
1. Ansiedade e agitação são mais prevalentes em fases terminais de neoplasias do que noutras doenças crónicas terminais			
2. Uma das características do delirium é que se desenvolve num curto espaço de tempo			
3. O tratamento de depressão numa fase terminal não é útil			
4. A morfina é frequentemente causa de delírio em doentes oncológicos em estado terminal			

PARTE C - OPINIÃO

1. Como classifica o papel do enfermeiro em Cuidados Paliativos?

Não muito importante
Um pouco importante
Muito importante
Extremamente importante

2. Depois de responder a este questionário,
como classifica o seu nível de conhecimentos em Cuidados Paliativos?

Insuficiente
Suficiente
Bom
Muito Bom

Obrigada pela sua participação

ANEXO B. Autorização da Comissão de Ética do Centro Académico de Medicina de Lisboa



**CENTRO ACADÉMICO
DE MEDICINA DE LISBOA**

CENTRO ACADÉMICO
DE MEDICINA DE LISBOA



FACULDADE DE
MEDICINA DE LISBOA



INSTITUTO DE
MEDICINA
MOLECULAR



FACULDADE DE
MEDICINA
LISBOA



INSTITUTO DE
MEDICINA
MOLECULAR
LISBOA

presidente.

Prof. Doutor José Pereira Miguel

VTçfres(dente

Prof. Doutora Maria Luisa Figueira

Exma. Senhora

Enf. Ana Rita Tomaz Diogo

Canada Nova do Pópulo, N.º 42

Membros

Prof. Doutor Alexandre Mendonça

Dra. Ana Luisa Figueira5 Prof.

Dr. Carlos França padre
Fomando Sampaio

Mestre Enf. Graça Raldão

Prof. Doutor João Forjaz Lacerda

Prof. Doutor João Lavinha

Prof. Doutor José Ducle Soares

Prof. Doutor José Luis Garcia

Prof. Doutore Mafalda Videira

Prof. Doutor. Mário Miguel Rosa

2950 Rosário Lagoa - S. Miguel - ACORES

Lisboa, 24 de Outubro de 2016

Nossa Rer. N.º 363/16

Assunto: Projecto de Investigação "Cuidados Paliativos: Avaliação do Conhecimento dos Enfermeiros"

Relator — Mestre EnP Graça Roldão

Pela presente informamos que o projecto citado em epígrafe, a realizar no âmbito do Curso de Mestrado em Cuidados Paliativos da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, obteve, na reunião realizada em 12 de Outubro de 2016, parecer favorável da Comissão de Ética

Com os melhores cumprimentos,

O Presidente da Comissão de Ética do CAMI

Prof. Doutor José Pereira Miguel

COMISSÃO DE ÉTICA DO
CENTRO ACADÉMICO DE MEDICINA DE LISBOA

(CHLN/FMIJL/IMM) Secretariado: Ana Cristina Pimentel Neves e Patrícia Fernandes
Tel. - 21 780 54 05; Fax - 21 780 56 90 Av. Professor Egas Moniz 1 649-035 LISBOA
www.chln.pt Alameda das Linhas de Torres, 1 7 1 769-001 LISBOA Te: 217 548 000 - Fax: 21 7 548 2

ANEXO C. Pedido de colaboração da Ordem dos Enfermeiros

Caro(a) Colega,

No âmbito da dissertação de mestrado "Cuidados Paliativos: avaliação do conhecimento dos enfermeiros", da autoria da Senhora Enfermeira Ana Rita Tomaz Diogo, a Secção Regional da Região Autónoma dos Açores da Ordem dos Enfermeiros vem por este meio solicitar a colaboração dos seus membros, através do preenchimento online de um questionário, que se encontra disponível no link <https://goo.gl/forms/xN7xUZxPM4s9pCwv2>.

Os dados recolhidos serão compilados num estudo que pretende avaliar os conhecimentos dos enfermeiros sobre cuidados paliativos de forma a identificar as áreas deficitárias, investindo futuramente nas mudanças necessárias para a prática dos cuidados paliativos através da caracterização dos conhecimentos sobre Cuidados Paliativos entre os enfermeiros, da identificação dos fatores que condicionam o nível de conhecimento existente e da avaliação da necessidade de formação dos enfermeiros em nesta área.

Este questionário é de preenchimento anónimo e autónomo, em formato online, através da aplicação Google Formulários. Os dados obtidos não contemplam a recolha de elementos identificativos, estando assim garantida a confidencialidade dos mesmos. O preenchimento do questionário, por livre e espontânea vontade, será considerado como consentimento de participação no estudo.

Agradecemos desde já a sua colaboração.

Com os meus melhores cumprimentos.

Enf. Luís Costa
Coordenador Regional
Gabinete de Comunicação e
Imagem

Secção Regional dos Açores
Rua Dr. Armando Narciso, n.º 2
9500-185 Ponta Delgada
T:296281868
F:296281848
<http://www.ordemenfermeiros.pt/sites/acoes>

ANEXO D. Consentimento informado

Consentimento Informado

O presente estudo de Mestrado em Cuidados Paliativos intitula-se **Cuidados Paliativos: avaliação dos conhecimentos dos enfermeiros**. Tem como investigador principal a enfermeira Ana Rita Diogo, estando sob a orientação do Prof. Doutor Miguel Julião (Faculdade de Medicina de Lisboa).

Este estudo procura caracterizar os conhecimentos dos enfermeiros sobre os Cuidados Paliativos, identificando possíveis fatores que influenciem o conhecimento existente, bem como, a área formativa onde é necessário investir.

Para participar é necessário exercer enfermagem em Portugal. Depois, e se assim o entender, terá de preencher um questionário *online*, de forma autónoma e anónima. Nenhum dado identificativo será recolhido e as suas respostas serão utilizadas exclusivamente para fins científicos do presente estudo. A qualquer momento poderá recusar ou sair do estudo e, para isso, basta interromper o preenchimento do questionário.

A sua participação é de elevada importância para que possamos alcançar os objetivos da investigação.

Caso necessite de algum esclarecimento poderá contactar o autor:
anaritadiogo77@gmail.com

- ☐ **Declaro que li e compreendi o que aqui consta e consinto em participar de livre vontade neste estudo.**